

**IMPLEMENTASI PROGRAM KADER ASUH
DALAM RANGKA MENURUNKAN ANGKA KEMATIAN IBU
DAN ANGKA KEMATIAN BAYI
(Studi pada Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan)**

SKRIPSI

**Diajukan untuk Menempuh Gelar Sarjana
pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya**

IFAH ARAFUTUL HIDAYAH

105030500111051



**UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI
JURUSAN ADMINISTRASI PUBLIK
MALANG**

2017

MOTTO

If you want success, but you avoid the effort to achieve success by reason of fear failure, then your fear is fear to be successful.

(Professor Schein)

Everything will come to those who keep trying with determination and patience.

(Edinson)

Your life will not be changed by fate, but be transformed by the changes that you did.

(Jim Rohn)

HALAMAN PERSEMBAHAN

**KU PERSEMBAHKAN SKRIPSI INI
UNTUK KEDUA ORANG TUAKU YAITU AYAHKU
BAPAK SUTIKNO DAN IBUKU IBU SUHARNI
YANG TELAH MERAWAT DAN MENDIDIKKU
DENGAN PENUH KASIH SAYANG DAN
PENGORBANAN YANG TIDAK TERNILAI**

TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI

Judul : Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka
Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka
Kematian Bayi (Studi pada Pada Puskesmas Beji
Kabupaten Pasuruan)

Disusun Oleh : Ifah Arafutul Hidayah

NIM : 105030500111051

Fakultas : Ilmu Administrasi

Minat : Administrasi Pemerintahan

Malang, 19 Juli 2017

Komisi Pembimbing

Ketua

Anggota



Minto Hadi, Drs., M.Si

19540127 198103 1 003



Moh.Said, S.Sos, M.AP

19780630 200812 1 003

TANDA PENGESAHAN SKRIPSI

Telah di pertahakan di depan majelis penguji skripsi, Fakultas Ilmu Administrasi
Universitas Brawijaya, pada tanggal:

Hari : Selasa
Tanggal : 1 Agustus 2017
Jam : 08.00-09.00 WIB
Di susun oleh : Ifah Arafutul Hidayah
Judul : Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan
Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (Studi pada
Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan)

Dinyatakan LULUS**MAJELIS PENGUJI**

Ketua



Drs. Minto Hadi, M.Si
NIP. 19540127 198103 1 003

Anggota



Moh. Said, S.Sos, M.Si
NIP. 19780630 200812 1 003

Anggota



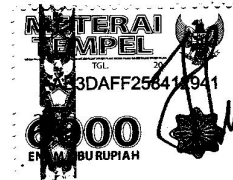
Drs. Abdul Wahid, M.AP
NIP. 19561209198703 1 008

PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam naskah skripsi ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh pihak lain untuk mendapatkan karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebut dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah skripsi ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur jiplakan, saya bersedia skripsi ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (S-1) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003 Pasal 25 Ayat 2 dan Pasal 70)

Malang, 19 Juli 2017



Ifah Arafutul Hidayah
NIM. 105030500111051

RINGKASAN

Ifah Arafutul Hidayah. 2017. **Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (Studi pada Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan)**. Ketua Pembimbing: Minto Hadi, Drs., M.Si, MS. Anggota: Moh.Said, S.Sos, M.AP, MS. 185 Hal + xix

Penelitian ini bermula dari tingginya Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Pasuruan. Untuk mengatasi permasalahan tersebut Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan melalui Puskesmas Beji mengimplementasikan Program Kader Asuh. Program Kader Asuh merupakan program inovasi dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang kegiatannya lebih fokus pada pendampingan dan pemantauan terhadap sasaran kesehatan yang sudah ditentukan dalam satu wilayah posyandu. Melalui pendampingan dan pemantauan tersebut diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Kabupaten Pasuruan.

Berdasarkan hal tersebut penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan menganalisis implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan serta untuk mengidentifikasi faktor pendukung dan faktor penghambat implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dan menggunakan teknik analisis data model interaktif. Fokus pada penelitian ini adalah Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan serta faktor pendukung dan faktor penghambat implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa aktor-aktor yang terlibat dalam implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan terdiri dari tiga tingkatan yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Puskesmas Beji dan Bidan Desa dan para Kader serta aktor lintas sektor. Koordinasi di antara para aktor pelaksana Program Kader Asuh dilakukan melalui Rapat Koordinasi. Ada tiga tahap dalam implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan yaitu persiapan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi yang telah dilaksanakan dengan baik sesuai dengan prosedur pelaksanaan Program Kader Asuh. Indikator keberhasilan Program Kader Asuh terdiri dari indikator masukan, indikator proses, indikator keluaran dan indikator dampak. Faktor pendukung implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji adalah adanya bantuan fasilitas dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, minat para kader di desa yang tinggi, sambutan yang baik dari masyarakat dan adanya dukungan dari organisasi masyarakat. Sedangkan faktor penghambatnya adalah kurangnya sumber daya keuangan untuk kader dan tidak adanya penghargaan kepada kader, serta kondisi sosial di Kecamatan Beji yang menyebabkan banyaknya masyarakat pendatang dan kurangnya sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh. Saran dalam penelitian ini adalah meminta dukungan kepada sektor swasta dan mengadakan kerja sama dengan Puskesmas lain.

Kata Kunci: Implementasi Program, Program Kader Asuh, Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi

SUMMARY

Ifah Arafutul Hidayah. 2017. **The Implementation of “Program Kader Asuh” in order to Reduce Maternal Mortality and Infant Mortality (Study of Beji Health Center Pasuruan District)**. Supervisor: Minto Hadi, Drs., M.Si, MS. Co-Supervisor: Moh.Said, S.Sos, M.AP, MS. 185 Pages + xix

This research stems from the high Maternal Mortality and Infant Mortality Rate in Pasuruan District. To overcome these problems, the Pasuruan District Health Office through Beji Health Center implemented the “Program Kader Asuh.” The “Program Kader Asuh” is an innovation program from Pasuruan District Government whose activities focus more on mentoring and monitoring the health targets that have been determined in one posyandu area. Through assistance and monitoring it is expected to reduce Maternal Mortality and Infant Mortality Rate.

Based on this, this study aims to describe and analyze the implementation of the Program Kader Asuh at Beji Health Center, Pasuruan District and to identify the supporting factors and inhibiting factors in the Implementation of the “Program Kader Asuh” in Beji Health Center, Pasuruan District. The research method used is descriptive research method with qualitative approach and using interactive model data analysis techniques. The focus of this research is the implementation of the “Program Kader Asuh” in Beji Health Center, Pasuruan District as well as supporting factors and inhibiting factors for the implementation of the Program Kader Asuh at Beji Health Center, Pasuruan District.

The results showed that the actors involved in the implementation of the “Program Kader Asuh” in Beji Health Center, Pasuruan District consisted of three levels, namely the Pasuruan District Health Office, Beji Health Center and Village Midwives and Cadre and cross sector actors. Coordination among the implementing actors of the Program Kader Asuh was carried out through Coordination Meetings. There are three stages in the implementation of the “Program Kader Asuh” in Beji Health Center, Pasuruan District namely the preparation, implementation and monitoring and evaluation that have been carried out properly in accordance with the procedures for the implementation of the “Program Kader Asuh.” Indicators of success of the “Program Kader Asuh” consist of input indicators, process indicators, output indicators and impact indicators. Supporting factors for the implementation of the Program Kader Asuh in Beji Health Center are the facility assistance from the Pasuruan District Health Office, the high interest of the village cadres, the good reception from the community and the support of community organizations. While the inhibiting factors were the lack of financial resources for cadres and the absence of awards for cadres, as well as the social conditions in Beji Sub District which caused many immigrants and a lack of socialization to the community about the importance of the “Program Kader Asuh.” Suggestion in this study are asking for support to the private sector and cooperating with other Puskesmas.

Keywords: The Program Implementation, Program Kader Asuh, Maternal Mortality Rate and Infant Mortality Rate

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayahnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (Studi pada Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan) dengan baik.

Skripsi ini merupakan tugas akhir yang diajukan untuk memenuhi syarat dalam memperoleh gelar sarjana Ilmu Administrasi Publik pada Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya Malang.

Penulis menyadari bahwa penyusunan skripsi ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Mohammad Bisri, MS selaku Rektor Universitas Brawijaya
2. Bapak Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
3. Bapak Drs. Andy Fefta Wijaya, MDA, Ph.D selaku Ketua Jurusan Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
4. Bapak Dr. Luqman Hakim M.Sc selaku Ketua Minat Administrasi Pemerintahan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

5. Bapak Drs. Minto Hadi, M.Si selaku Dosen Pembimbing I dan Bapak Moh.Said, S.Sos, M.AP selaku Dosen Pembimbing II yang telah mengarahkan penulis dalam menyusun skripsi
6. Dosen-dosen dan karyawan jurusan Ilmu Administrasi Publik Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
7. Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yang telah bersedia menjadi narasumber
8. Bapak dr. H. Ugik Setyo Darmoko, M.Kes., selaku Kepala UPTD Puskesmas Beji, Kabupaten Pasuruan
9. Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji yang telah bersedia menjadi narasumber
10. Ibu Sarlik Utami selaku Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) Puskesmas Beji yang telah bersedia menjadi narasumber
11. Ibu Ika Wahyuni selaku Bidan Desa di Desa Gunungsari yang telah bersedia menjadi narasumber
12. Ibu Siti Aminah selaku Bidan Desa di Desa Cangkringmalang yang telah bersedia menjadi narasumber
13. Ibu Sujiati dan Ibu Sri Rahayu selaku Kader di Desa Gunungsari serta Ibu Nurul Aini selaku Kader di Desa Cangkringmalang yang telah bersedia menjadi narasumber
14. Ibu Indri Chumairoh selaku Masyarakat di Desa Gunungsari yang telah bersedia menjadi narasumber

15. Orang tuaku, Bapak Sutikno dan Ibu Suharni yang telah mendidik dan menyayangiku serta memberikan dukungan moril dan materil kepadaku selama ini
 16. Nenekku, Ibu Sutiani yang telah menyayangiku dan mendukungku sepenuh hati
 17. Keluargaku, Agus Hidayat, Mbak Sri Murah, Mbak Sri Utami, dan tiga keponakanku Azizah, Hafidz dan Nurul
 18. Atasanku di tempat bekerja, Bapak Totok Sugiarto selaku Supervisor Produksi dan Bapak Samsul Arifin selaku Section di PT Indofood CBP Sukses Makmur Tbk. yang terus memberikanku semangat
 19. Sahabat-sahabat seperjuangan Halla, Dewi, Sri dan April yang sudah menjadi sahabat-sahabat di kos yang baik
 20. Teman-teman Administrasi Pemerintahan Angkatan 2010 yang telah menjadi keluarga dalam menempuh masa perkuliahan
 21. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini
- Demi kesempurnaan skripsi ini, saran dan kritik yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan. Semoga karya skripsi ini bermanfaat dan dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi pihak yang membutuhkan.

Malang, 19 Juli 2017



Ifah Arafutul Hidayah

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
MOTTO	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iii
TANDA PERSETUJUAN SKRIPSI	iv
TANDA PENGESAHAN SKRIPSI.....	v
PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI	vi
RINGKASAN	vii
SUMMARY	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR.....	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
 BAB I PENDAHULUAN.....	 1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Tujuan Penelitian	10
D. Kontribusi Penelitian	10
E. Sistematika Pembahasan	11
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	 13
A. Kebijakan Publik.....	13
1. Pengertian Kebijakan Publik.....	13
2. Aktor-Aktor Kebijakan Publik.....	16
3. Proses Kebijakan Publik	18
B. Implementasi Kebijakan	23
1. Pengertian Implementasi Kebijakan	23
2. Proses Implementasi Kebijakan	26

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Implementasi Kebijakan	29
4. Syarat-Syarat Implementasi Kebijakan Publik	44
C. Program Kader Asuh.....	49
1. Program.....	49
2. Dasar Hukum Program Kader Asuh	53
3. Pengertian Kader Asuh	54
4. Tujuan Program Kader Asuh	57
5. Sasaran Program Kader Asuh	57
6. Manfaat Program Kader Asuh	58
7. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh.....	60

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian.....	63
B. Fokus Penelitian.....	64
C. Lokasi dan Situs Penelitian.....	67
D. Sumber dan Jenis Data.....	68
E. Teknik Pengumpulan Data.....	70
F. Instrumen Penelitian	72
G. Metode Analisa	73

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	77
1. Gambaran Umum Kabupaten Pasuruan.....	77
a. Kondisi Geografi.....	77
b. Kondisi Geologi.....	79
c. Kondisi Demografi.....	80
d. Kondisi Sosial	82
2. Profil Puskesmas Beji	89
a. Kondisi Geografi.....	89
b. Kondisi Demografi.....	90
c. Sarana dan Prasarana Kesehatan.....	92

B. Penyajian Data Fokus Penelitian	96
1. Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan	96
a. Aktor-Aktor Pelaksana Program Kader Asuh.....	96
b. Koordinasi atau Hubungan Aktor-Aktor dalam Program Kader Asuh	100
c. Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh.....	103
1) Persiapan	103
2) Pelaksanaan.....	106
3) Monitoring dan Evaluasi.....	111
d. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh.....	113
1) Indikator Masukan (<i>Input</i>)	114
2) Indikator Proses (<i>Process</i>)	117
3) Indikator Keluaran (<i>Output</i>).....	122
4) Indikator Dampak (<i>Outcome</i>)	127
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan	130
a. Faktor Pendukung	130
1) Internal	130
2) Eksternal	133
b. Faktor Penghambat	135
1) Internal	135
2) Eksternal	137
C. Analisis Data	139
1. Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan	139
a. Aktor-Aktor Pelaksana Program Kader Asuh.....	141

b. Koordinasi atau Hubungan Aktor-Aktor dalam Program Kader Asuh	143
c. Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh.....	145
1) Persiapan	145
2) Pelaksanaan.....	146
3) Monitoring dan Evaluasi.....	147
d. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh.....	148
1) Indikator Masukan (<i>Input</i>)	149
2) Indikator Proses (<i>Process</i>)	149
3) Indikator Keluaran (<i>Output</i>).....	150
4) Indikator Dampak (<i>Outcome</i>)	151
2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan	152
a. Faktor Pendukung	152
1) Internal	152
2) Eksternal	153
b. Faktor Penghambat	154
1) Internal	154
2) Eksternal	155
BAB V PENUTUP.....	158
A. Kesimpulan	158
B. Saran	161
DAFTAR PUSTAKA.....	163
LAMPIRAN-LAMPIRAN	166

DAFTAR TABEL

No.	Judul	Halaman
1.1	Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Pasuruan Tahun 2009 sampai 2012	5
1.2	Persentase dan Jumlah Balita yang Mengalami Gizi Buruk di Kabupaten Pasuruan Tahun 2010 sampai 2012	5
1.3	Jumlah Industri dan Penyerapan Tenaga Kerja di Seluruh Kecamatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013	7
4.1	Garis Kemiskinan dan Penduduk Miskin di Kabupaten Pasuruan Tahun 2011 sampai 2015	87
4.2	Data Kependudukan Kecamatan Beji Kabupaten Pasuruan Tahun 2016	90
4.3	Distribusi Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Kepadatan Penduduk dan Jumlah KK Setiap Desa atau Kelurahan di Wilayah Puskesmas Beji Tahun 2016.....	91
4.4	Jarak dan Waktu Tempuh Desa ke Puskesmas Beji Tahun 2016	92
4.5	Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Beji Tahun 2016.....	93
4.6	Sarana Transportasi di Puskesmas Beji Tahun 2016	94
4.7	Sarana dan Prasarana di Puskesmas Beji Tahun 2016.....	94
4.8	Jumlah Posyandu Balita di Wilayah Puskesmas Beji Tahun 2016.....	95
4.9	Jumlah Kader yang dilatih di Kecamatan Beji Kabupaten Pasuruan dari Tahun 2014 sampai 2016.....	107
4.10	Data Jumlah Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2014 sampai 2016	127

DAFTAR GAMBAR

No.	Judul	Halaman
1.1	Penyebab Kematian Ibu di Indonesia Tahun 2010 sampai 2013	2
1.2	Perkembangan AKB dan AKABA di Indonesia Tahun 1991 sampai 2012	3
2.1	Proses Kebijakan Publik	21
2.2	Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III.....	31
2.3	Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Merilee S. Grindle	33
2.4	Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Sabtier dan Mazmanian.....	39
2.5	Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Van Meter dan Van Horn	43
3.1	Analisis Data Model Interaktif Milles dan Huberman.....	76
4.1	Peta Kabupaten Pasuruan.....	77
4.2	Sosialisasi Pertemuan Kader Asuh di Desa Kenep, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	102
4.3	Pelatihan Kader Asuh di Desa Cangkringmalang, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	109
4.4	Pelatihan Kader Asuh di Desa Baujeng, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017.....	109
4.5	Hasil Pencatatan Register Bayi atau Balita di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017.....	119
4.6	Hasil Pencatatan Register Ibu Hamil di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	119
4.7	Hasil Pencatatan Monitoring Ibu Hamil Resiko Tinggi (Resti) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	120
4.8	Hasil Pencatatan Register KK di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017.....	121

4.9	Hasil Pencatatan Register KK di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	121
4.10	Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017	124
4.11	Stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017.....	125



DAFTAR LAMPIRAN

No.	Judul	Halaman
Lampiran 1	Pedoman Wawancara	166
Lampiran 2	Surat Riset	168
Lampiran 3	Data Lokasi Kegiatan Program Kader Asuh Tahun 2013 sampai 2017	170
Lampiran 4	Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 6 Tahun 2010	171
Lampiran 5	Dokumentasi	183
Lampiran 6	<i>Curriculum Vitae</i> Penulis	185

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

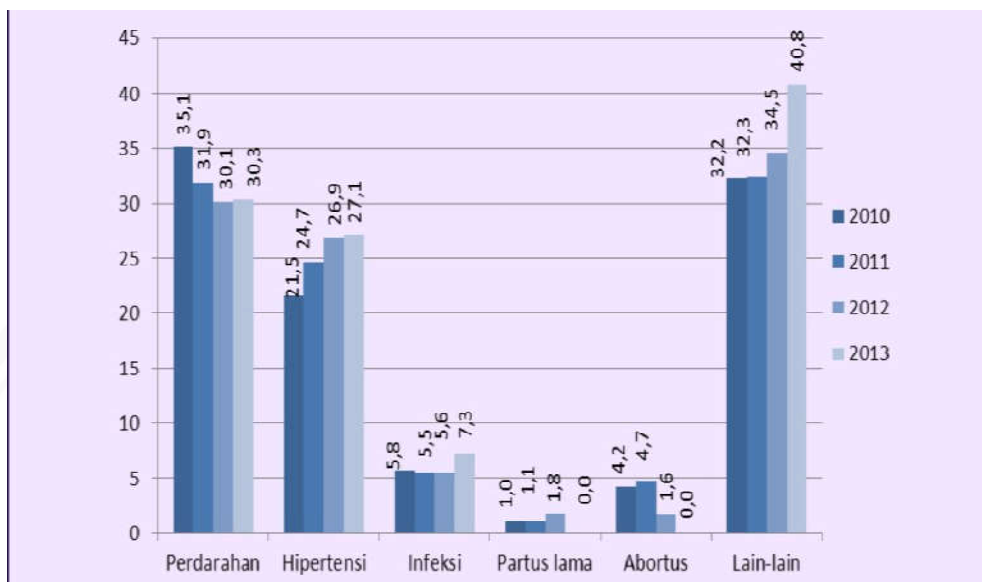
Kesehatan merupakan kebutuhan dasar setiap orang yang harus dipenuhi oleh pemerintah. Di dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H Ayat (1) dijelaskan bahwa “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta memperoleh pelayanan kesehatan.” Jadi pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk menjamin perlindungan terhadap kesehatan seluruh warga negaranya sebagaimana telah diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 34 Ayat (3) bahwa “Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.”

Salah satu permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh Pemerintah Indonesia adalah tingginya Angka Kematian Ibu (untuk selanjutnya disingkat AKI) dan Angka Kematian Bayi (untuk selanjutnya disingkat AKB). Survei Demografi Kesehatan Indonesia (untuk selanjutnya disingkat SDKI) tahun 2012 menunjukkan bahwa AKI melonjak sangat signifikan menjadi 359 per 100.000 kelahiran hidup dari yang sebelumnya 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007.¹ AKI yang sangat tinggi menempatkan Negara Indonesia menjadi jauh lebih buruk dibandingkan dengan negara-negara paling miskin di Asia seperti Timor Leste, Myanmar, Bangladesh dan Kamboja. AKI di Kamboja sudah mencapai 208 per 100.000 kelahiran hidup, Myanmar sebesar 130 per 100.000

¹ Prakarsa. 2013. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun*. Prakarsa Research Report.

kelahiran hidup, Nepal sebesar 193 per 100.000 kelahiran hidup, India sebesar 150 per 100.000 kelahiran hidup, Bhutan sebesar 250 per 100.000 kelahiran hidup dan Bangladesh sebesar 200 per 100.000 kelahiran hidup dan Timur Leste 300 per 100.000 kelahiran hidup.²

**Gambar 1.1 : Penyebab Kematian Ibu
Di Indonesia Tahun 2010 sampai 2013**



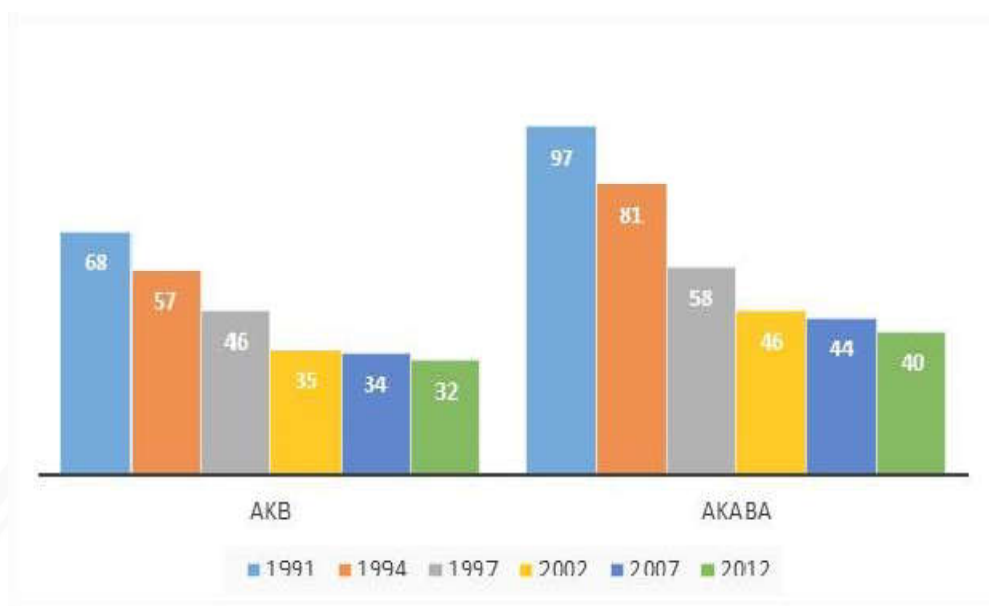
Sumber: Prakarsa. 2013. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun*. Prakarsa Research Report.

Kematian ibu menurut definisi WHO adalah kematian selama kehamilan atau dalam periode 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, akibat semua sebab yang terkait dengan atau diperberat oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan disebabkan oleh kecelakaan atau cedera. Berdasarkan gambar 1.1, penyebab terbesar kematian ibu tahun 2010 sampai 2013 adalah pendarahan sedangkan partus lama menjadi penyumbang kematian ibu terendah. Penyebab lain-lain juga mempunyai peran yang cukup tinggi dalam kematian ibu. Penyebab lain-lain

² Prakarsa. 2013. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun*. Prakarsa Research Report.

adalah penyebab kematian ibu secara tidak langsung, seperti kondisi penyakit kanker, ginjal, jantung, tuberculosi dan penyebab lain yang diderita ibu.³

**Gambar 1.2 : Perkembangan AKB dan AKABA di Indonesia
Tahun 1991 sampai 2012**



Sumber: Prakarsa. 2013. *Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia*. Prakarsa Research Report.

Angka kematian bayi adalah jumlah kematian bayi dalam usia 28 hari pertama kehidupan per 1.000 kelahiran hidup sedangkan angka kematian balita adalah jumlah kematian anak umur 0 sampai 4 tahun per 1.000 kelahiran hidup. Dari gambar 1.2 dapat diketahui adanya penurunan AKB dan AKABA dari tahun 1991 sampai tahun 2012. Akan tetapi meskipun AKB dan AKABA di Indonesia mengalami penurunan dari tahun ke tahun, besarnya AKB dan AKABA tahun 2012 masih jauh dari target *Millenium Development Goals* (MDG's) yang menargetkan penurunan AKI adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup, AKB 23

³ Pusat Data dan Infomasi Kementerian Kesehatan RI Tahun 2014

per 100.000 kelahiran hidup dan AKABA 32 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015.

Dalam rangka mengurangi AKI, AKB dan AKABA, Pemerintah Indonesia memberikan kewenangan kepada daerah untuk membuat program pembangunan kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat daerah setempat sesuai dengan amanat Undang-Undang No. 32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah yang menjelaskan bahwa bidang kesehatan merupakan salah satu kewenangan wajib yang harus dilaksanakan oleh daerah. Selanjutnya diperjelas lagi dengan Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 Pasal 50 Ayat 1 tentang Kesehatan dimana pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab meningkatkan dan mengembangkan upaya kesehatan. Adanya desentralisasi sektor kesehatan mengakibatkan pemerintah daerah kabupaten atau kota membuat berbagai macam program kesehatan yang spesifik dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat daerah setempat.

Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan mengawali inisiatif konsep pelaksanaan pelayanan kesehatan ibu dan bayi yang terintegrasi, baik secara lintas program maupun lintas sektor. Peraturan Daerah (Perda) Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA mulai masuk dalam pembahasan di DPRD pada tahun 2008. Akhirnya pada tanggal 13 Januari 2009, DPRD Kabupaten Pasuruan mengesahkan Perda KIBBLA. Setelah pengesahan perda disahkan, Bupati Kabupaten Pasuruan selanjutnya mengeluarkan aturan teknis dalam bentuk Peraturan Bupati Nomor 6 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan KIBBLA di Kabupaten Pasuruan.

Tabel 1.1 : Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kabupaten Pasuruan Tahun 2009 sampai 2012

Tahun	AKI	AKB
2009	87,61 per 100.000 kelahiran hidup (21 orang)	4,94 per 1.000 kelahiran hidup (117 bayi)
2010	108,98 per 100.000 kelahiran hidup (26 orang)	7,46 per 1.000 kelahiran hidup (178 bayi)
2011	96,34 per 100.000 kelahiran hidup (21 orang)	6,88 per 1.000 kelahiran hidup (150 bayi)
2012	111,68 orang per 100.000 kelahiran hidup (27 orang)	9,51 per 1000 kelahiran hidup (230 bayi)

Sumber: Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2000 sampai 2012

Pada table 1.1 menunjukkan jumlah kematian ibu yang diubah menjadi rasio kematian ibu dan dinyatakan per 100.000 kelahiran hidup. Misalnya pada tahun 2009 terdapat 87,61 ibu yang meninggal karena kehamilan atau persalinan 42 hari setelah melahirkan setiap ada 100.000 bayi yang lahir hidup. Sedangkan untuk rasio kematian bayi dinyatakan per 1000 kelahiran hidup. Pada tahun 2009 menunjukkan setiap 1000 bayi yang hidup terdapat 4,94 bayi yang meninggal dunia pada usia 28 hari pertama sejak dilahirkan.

Tabel 1.2 : Persentase dan Jumlah Balita yang Mengalami Gizi Buruk di Kabupaten Pasuruan Tahun 2010 sampai 2012

Tahun	Persentase dan Jumlah Balita Gizi Buruk	Jumlah Balita yang diperiksa
2010	0,14 % atau 135 balita	95.447
2011	0,12 % atau 114 balita	95.447
2012	0,09 % atau 85 balita	92.767

Sumber: Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2000 sampai 2012

Pelaksanaan Program KIBBLA ternyata belum mampu memberikan dampak yang konsisten dalam menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Pasuruan karena pada tabel 1.1 dapat dilihat masih adanya penurunan dan peningkatan baik AKI maupun AKB setiap tahunnya. Pada AKB sudah menunjukkan adanya penurunan setiap tahunnya tetapi AKI masih ada peningkatan pada tahun 2012. Kematian ibu di Kabupaten Pasuruan disebabkan oleh pendarahan, keracunan kehamilan, dan penyakit yang menyertai ibu hamil seperti asma, HIV/AIDS, gagal jantung, gagal nafas, kanker payudara, dan kanker darah. Sedangkan untuk penyebab kematian bayi terbesar adalah BBLR (Berat Badan Lahir Rendah), Intra Uterine Fetal Death (IUFD), Asfiksia, infeksi, kelainan kongenital dan trauma.⁴ Meskipun belum dapat menurunkan AKI tetapi pelaksanaan Program KIBBLA dapat menekan jumlah balita yang mengalami gizi buruk di Kabupaten Pasuruan seperti yang terlihat pada tabel 1.2.

Dalam rangka untuk mengoptimalkan pelaksanaan Program KIBBLA, sejak tahun 2013 Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan mengembangkan Program Kader Asuh yang dilaksanakan di desa atau kelurahan melalui Puskesmas. Kader Asuh adalah kader kesehatan yang kegiatannya lebih fokus pada pendampingan dan pemantauan terhadap sasaran kesehatan yang sudah ditentukan dalam satu wilayah Posyandu. Program Kader Asuh sebenarnya merupakan program inovasi dari Puskesmas Ngempit yang sudah dilaksanakan sejak tahun 2009. Berdasarkan hasil evaluasi yang telah dilakukan, ternyata Program Kader Asuh terbukti mampu menurunkan AKI dan AKB di wilayah Puskesmas Ngempit. Karena itulah sejak tahun 2013, dengan dukungan dan peran serta aktif dari Tim Pembina

⁴ Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2011

Desa Siaga, Tim KIBBLA, Tim Gerakan Memberdayakan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Berbasis Masyarakat (GEMERLAP BERSAMA), Program Kader Asuh telah dilaksanakan di seluruh Puskesmas di Kabupaten Pasuruan.

Puskesmas Beji merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Pasuruan yang telah melaksanakan Program Kader Asuh sejak tahun 2013. Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh, Puskesmas Beji membawahi semua desa yang berada di Kecamatan Beji. Tidak semua desa di Kecamatan Beji melaksanakan Program Kader Asuh pada tahun pertama pelaksanaannya. Desa Gunungsari adalah desa pertama yang dijadikan sebagai desa percontohan pelaksanaan Program Kader Asuh di Kecamatan Beji. Setiap tahun, Puskesmas Beji berhasil menambah beberapa desa untuk melaksanakan Program Kader Asuh sehingga pada tahun 2017 semua desa di Kecamatan Beji sudah menerapkannya.

Tabel 1.3 : Jumlah Industri dan Jumlah Penyerapan Tenaga Kerja di Seluruh Kecamatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013

No.	Kecamatan	Jumlah Industri	Jumlah Penyerapan Tenaga Kerja
1	Purwodadi	423	7.188
2	Tutur	96	2.746
3	Puspo	161	3.557
4	Tosari	75	2.934
5	Lumbang	438	5.705
6	Pasrepan	461	4.898
7	Kejayan	277	4.533
8	Wonorejo	343	7.813
9	Purwosari	544	15.505
10	Prigen	179	2.045
11	Sukorejo	408	17.586

No.	Kecamatan	Jumlah Industri	Jumlah Penyerapan Tenaga Kerja
12	Pandaan	309	13.665
13	Gempol	593	15.545
14	Beji	410	23.066
15	Bangil	968	21.709
16	Rembang	682	7.101
17	Kraton	502	7.266
18	Pohjentrek	246	3.836
19	Gondangwetan	51	88
20	Rejoso	378	6.049
21	Winongan	205	3.037
22	Grati	311	4.147
23	Lekok	152	2.994
24	Nguling	76	989
	Total	8.288	184.803

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2014

Berdasarkan data table 1.3 dapat diketahui bahwa Kecamatan Beji merupakan salah satu kecamatan dengan jumlah industri terbanyak di Kabupaten Pasuruan meskipun hanya ada di urutan kedelapan setelah Kecamatan Bangil, Kecamatan Rembang, Kecamatan Gempol, Kecamatan Purwosari, Kecamatan Kraton, Kecamatan Pasrepan, Kecamatan Lumbang dan Kecamatan Purwodadi. Apabila dilihat dari jumlah penyerapan tenaga kerjanya, Kecamatan Beji menempati urutan pertama dalam jumlah penyerapan tenaga terbanyak di Kabupaten Pasuruan. Industri di Kecamatan Beji merupakan industri skala besar yang didominasi oleh perusahaan-perusahaan atau pabrik-pabrik sehingga membutuhkan banyak tenaga kerja. Hal tersebut menyebabkan Kecamatan Beji

menjadi lingkungan industri dimana sebagian besar masyarakatnya merupakan kelompok sosial patembayan.

Program Kader Asuh adalah program swadaya masyarakat yang dalam pelaksanaannya harus melibatkan keikutsertaan kader untuk mendampingi kondisi keluarga binaannya. Adanya lingkungan industri di Kecamatan Beji menyebabkan sebagian besar masyarakatnya memiliki kesibukan masing-masing untuk bekerja setiap hari. Hal itu dapat memengaruhi perilaku masyarakat di Kecamatan Beji menjadi kelompok sosial patembayan yaitu cenderung bersikap individualis padahal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dibutuhkan kelompok sosial paguyuban yaitu adanya hubungan kekeluargaan yang erat diantara masyarakatnya. Karena perbedaan bentuk kelompok sosial tersebutlah, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, Kabupaten Pasuruan dengan mengambil judul penelitian: **Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi (Studi pada Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan).**

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dalam penelitian ini yang menjadi permasalahan adalah:

1. Bagaimana Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan?
2. Apakah faktor-faktor pendukung dan penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan?

C. Tujuan Penelitian

Adapun tujuan dalam penelitian ini adalah:

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis faktor-faktor pendukung dan penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

D. Kontribusi Penelitian

Adapun manfaat dalam penelitian ini adalah:

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan yang lebih mendalam mengenai pengimplementasian program kesehatan pemerintah daerah khususnya dalam pelayanan kesehatan ibu dan bayi sehingga dapat memberikan sumbangan bagi pengembangan teori-teori kebijakan publik.

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran dan masukan bagi Pemerintah Kabupaten Pasuruan dalam memperbaiki program kesehatan di Kabupaten Pasuruan.

3. Bagi Penulis

Penelitian ini bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan penulis dalam memahami maupun menganalisis suatu bentuk

program kebijakan pemerintah daerah yang dibutuhkan dalam menghadapi segala macam permasalahan yang ada di dalam masyarakat.

E. Sistematika Pembahasan

Sistematika pembahasan dalam penulisan skripsi ini adalah sebagai berikut:

BAB I : PENDAHULUAN

Bab ini terdiri dari latar belakang yang mengemukakan tentang alasan yang melatarbelakangi penelitian, perumusan masalah adalah permasalahan yang timbul, tujuan penelitian yang menguraikan hasil apa yang ingin dicapai dalam penelitian. Manfaat penelitian adalah apa yang ingin dicapai dalam penelitian. Manfaat penelitian adalah pernyataan tentang kemanfaatan dari hasil penelitian secara lebih spesifik dan sistematika pembahasan.

BAB II : TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menampilkan kerangka teori sebagai landasan yang akan digunakan dalam penyelesaian masalah yang terdiri dari tinjauan tentang Kebijakan Publik, Implementasi Kebijakan, dan Program Kader Asuh.

BAB III : METODE PENELITIAN

Bab ini menjelaskan bagaimana penelitian dilaksanakan. Metode penelitian meliputi jenis penelitian, fokus penelitian,

lokasi dan situs penelitian, sumber dan jenis data, teknik pengumpulan data dan analisis data.

BAB IV : PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan mengenai perlakuan data dan menggambarkan masalah yang terjadi dalam tahap analisis untuk kemudian diinterpretasikan dengan teori yang terkait, sehingga tujuan penelitian dapat tercapai.

BAB V : PENUTUP

Bab ini berisi kesimpulan dari semua yang telah diuraikan dan dibahas, serta memberikan saran yang dianggap perlu dengan tujuan ke arah yang lebih baik.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. Kebijakan Publik

1. Pengertian Kebijakan Publik

Dalam literatur kepustakaan, kata kebijakan diterjemahkan dari bahasa inggris yaitu *policy*. Makna modern dari gagasan “kebijakan” dalam bahasa inggris adalah seperangkat aksi atau rencana yang mengandung tujuan politik (Wilson,1887). Anderson yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:8) mendefinisikan kebijakan sebagai langkah tindakan yang secara sengaja dilakukan oleh seorang aktor atau sejumlah aktor berkenaan dengan adanya masalah atau persoalan tertentu yang dihadapi. Definisi kebijakan menurut Anderson hamper sama dengan yang dikemukakan oleh Eulau dan dan Prewitt sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab (2012:8) bahwa kebijakan itu ialah berdirinya suatu keputusan ditandai dengan konsistensi perilaku dan berulang yang membuatnya dan orang-orang baik di pihak mereka yang mematuhi.

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:9) mendefinisikan kebijakan sebagai berikut:

“Kebijakan ialah pedoman untuk bertindak. Pedoman itu bisa saja amat sederhana atau kompleks, bersifat umum atau khusus, luas atau sempit, kabur atau jelas, longgar atau terperinci, bersifat kualitatif atau kuantitatif, publik atau privat. Kebijakan dalam maknanya seperti ini mungkin berupa suatu deklarasi mengenai suatu dasar pedoman bertindak, suatu arah tindakan tertentu. suatu program mengenai aktivitas-aktivitas tertentu, atau suatu rencana.”

Friedrich sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab (2012:9) menyatakan bahwa kebijakan itu ialah suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang

diusulkan oleh seseorang, kelompok, atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan. Definisi kebijakan yang dikemukakan oleh Friedrich dipertegas dengan pendapat Knoepfel dan kawan-kawan yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:10) yang mengartikan kebijakan sebagai:

“Serangkaian keputusan atau tindakan-tindakan sebagai akibat dari interaksi terstruktur dan berulang di antara berbagai aktor baik publik atau pemerintah maupun privat atau swasta yang terlibat berbagai cara merespon, mengidentifikasi dan memecahkan suatu masalah yang secara politis didefinisikan sebagai masalah publik.”

Hogwood dan Gun sebagaimana dikutip oleh Suharto (2008:4) mengatakan bahwa kebijakan merupakan seperangkat tindakan pemerintah yang ditetapkan untuk mencapai hasil-hasil tertentu. Kebijakan sebenarnya bukan hanya dimiliki oleh pemerintah saja seperti yang dikemukakan oleh Hogwood dan Gun. Di dalam organisasi bukan pemerintah juga mempunyai kebijakan, akan tetapi kebijakan tersebut tidak dapat diartikan sebagai kebijakan publik karena tidak mempunyai legalitas hukum dalam pembuatannya dan juga tidak menggunakan sumber daya publik. Menurut Anderson dalam Subarsono (2005:2), kebijakan publik merupakan kebijakan yang ditetapkan oleh badan-badan dan aparat pemerintah.

Kebijakan publik tidak harus sesuatu yang telah ditetapkan seperti yang dikemukakan oleh Anderson, kebijakan publik juga bisa berarti sesuatu yang tidak ditetapkan oleh pemerintah seperti yang dinyatakan oleh Bridgman dan Davis yang dikutip oleh Suharto (2008:3) bahwa kebijakan publik adalah apa saja yang dipilih oleh pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan. Sama seperti

yang dikemukakan oleh Bridgman dan Davis, Dye yang dikutip oleh Subarsono (2005:2) juga mengartikan kebijakan publik sebagai “apapun pilihan pemerintah untuk melakukan atau tidak melakukan sesuatu (*public policy is whatever governments chose to do or not to do*).”

Selain beberapa definisi kebijakan publik di atas, masih terdapat bermacam-macam definisi kebijakan publik yang dikemukakan oleh beberapa pakar ahli dari seluruh dunia. Definisi kebijakan publik yang cukup akurat dan cakupannya sangat luas ialah definisi Eystone sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab (2012:13) yang merumuskan dengan pendek bahwa kebijakan publik adalah antar hubungan yang berlangsung di antara unit atau satuan pemerintahan dengan lingkungannya. Wilson yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:13) merumuskan kebijakan publik sebagai berikut:

“Tindakan-tindakan, tujuan-tujuan dan pernyataan-pernyataan pemerintah mengenai masalah-masalah tertentu, langkah yang telah atau sedang diambil (atau gagal diambil) untuk diimplementasikan, dan penjelasan-penjelasan yang diberikan oleh mereka mengenai apa yang telah terjadi (atau tidak terjadi).”

Pakar Inggris, Jenkins yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:15) merumuskan kebijakan publik sebagai berikut:

“Serangkaian keputusan yang saling berkaitan yang diambil oleh seorang aktor politik atau sekelompok aktor, berkenaan dengan tujuan yang telah dipilih beserta cara-cara untuk mencapainya dalam suatu situasi. Keputusan-keputusan itu pada prinsipnya masih berada dalam batas-batas kewenangan kekuasaan dari para aktor tersebut.”

Udoji sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab (2012:15) seorang pakar dari Nigeria, mendefinisikan kebijakan publik sebagai suatu tindakan bersanksi yang mengarah pada suatu tujuan tertentu yang saling berkaitan dan memengaruhi sebagian besar warga masyarakat. Pakar Prancis, Lemieux yang dikutip oleh

Abdul Wahab (2012:15) merumuskan kebijakan publik sebagai produk aktivitas-aktivitas yang dimaksudkan untuk memecahkan masalah-masalah publik yang terjadi di lingkungan tertentu yang dilakukan oleh aktor-aktor politik yang hubungannya terstruktur. Keseluruhan proses aktivitas itu berlangsung sepanjang waktu.

Kebijakan publik menurut Abdul Wahab (2012:18) pada hakikatnya merupakan sebuah aktivitas yang khas (*a unique activity*) dalam artian bahwa kebijakan publik mempunyai ciri-ciri tertentu yang agaknya tidak dimiliki oleh kebijakan jenis lain. Ciri-ciri kebijakan publik menurut Abdul Wahab (2012:20) adalah sebagai berikut:

- a) Kebijakan publik lebih merupakan tindakan yang sengaja dilakukan dan mengarah pada tujuan tertentu, daripada sekadar sebagai bentuk perilaku atau tindakan menyimpang yang serba acak (*at random*), asal-asalan, dan serba kebetulan
- b) Kebijakan pada hakikatnya terdiri dari atas tindakan-tindakan yang saling berkait dan berpola, mengarah pada tujuan tertentu yang dilakukan oleh pejabat-pejabat pemerintah, dan bukan keputusan-keputusan yang berdiri sendiri
- c) Kebijakan itu ialah apa yang nyatanya dilakukan pemerintah dalam bidang-bidang tertentu
- d) Kebijakan publik mungkin berbentuk positif, mungkin pula negatif

2. Aktor-Aktor Kebijakan Publik

James Anderson dalam Leo Agustino (2012:7) mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian kegiatan yang diikuti dan dilaksanakan oleh aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Menurut Charles O. Jones dalam Abdul Wahab (2014:88) dalam proses kebijakan sedikitnya ada empat golongan atau tipe aktor yang terlibat dalam proses kebijakan yakni: golongan rasionalis, golongan teknisi, golongan inkrementalis, dan golongan reformis. Keempat aktor ini memiliki

tujuan berbeda dalam kebijakan publik. Berikut adalah uraian bagaimana perilaku masing-masing golongan aktor tersebut dalam proses kebijakan publik:

- a. Golongan rasional, identik dengan peran yang dimainkan oleh para perencana dan analisis kebijakan profesional yang amat terlatih dalam menggunakan metode-metode rasional apabila menghadapi masalah-masalah. Gaya kerja golongan rasional cenderung seperti gaya kerja seorang perencana yang komprehensif, yakni dengan berusaha untuk menganalisis semua aspek dari setiap isu yang muncul.
- b. Golongan teknisi, golongan ini tidak lebih dari seorang rasionalis karena bidang keahliannya atau spesialisasinya dilibatkan dalam beberapa tahapan proses kebijakan. Tujuan yang ingin dicapai biasanya ditetapkan oleh pihak lain. Gaya kerja dari golongan teknis ini umumnya menunjukkan rasa antusiasme dan percaya diri yang tinggi apabila mereka diminta untuk bekerja.
- c. Golongan inkrementalis, golongan ini identik dengan para politis yang cenderung memiliki sikap kritis, namun sering tidak sabar. Golongan inkrementalis memandang tahap-tahap perkembangan kebijakan dan implementasinya sebagai suatu rangkaian proses penyesuaian yang terus terhadap hasil akhir. Gaya kerja golongan inkrementalis ini dapat dikategorikan sebagai seorang yang mampu melakukan tawar-menawar, yakni intensitas tuntutan tersebut dan menawarkan kompromi.
- d. Golongan reformis, nilai-nilai yang mereka junjung tinggi ialah yang berkaitan dengan upaya untuk melakukan perubahan sosial, namun lebih bersangkut paut pada dengan kepentingan kelompok-kelompok tertentu. Tujuan kebijakan biasanya ditetapkan dalam lingkungan kelompok-kelompok

tersebut, melalui berbagai proses. Gaya kerja golongan aktor reformis ini umumnya sangat radikal, sering disertai dengan tindakan-tindakan demonstrasi dan konfrontasi dengan pihak pemerintah.

3. Proses Kebijakan Publik

Proses analisis kebijakan publik adalah serangkaian aktivitas intelektual yang dilakukan dalam proses kegiatan yang bersifat politis. Aktivitas politis tersebut nampak dalam serangkaian kegiatan yang mencakup penyusunan agenda, formulasi kebijakan, adopsi kebijakan, implementasi kebijakan dan penilaian kebijakan. Sedangkan aktivitas perumusan masalah, *forecasting*, rekomendasi kebijakan, monitoring, dan evaluasi kebijakan adalah aktivitas yang lebih bersifat intelektual.

Anderson sebagai pakar kebijakan publik menetapkan proses kebijakan publik sebagai berikut:

- a) Formulasi masalah (*problem formulation*): Apa masalahnya? Apa yang membuat hal tersebut menjadi masalah kebijakan? Bagaimana masalah tersebut dapat masuk dalam agenda pemerintah?
- b) Formulasi kebijakan (*formulation*): Bagaimana mengembangkan pilihan-pilihan atau alternatif-alternatif untuk memecahkan masalah tersebut? Siapa saja yang berpartisipasi dalam formulasi kebijakan?
- c) Penentuan kebijakan (*adoption*): Bagaimana alternatif ditingkatkan? Persyaratan atau kriteria seperti apa yang harus dipenuhi? Siapa yang akan melaksanakan kebijakan? Bagaimana proses atau strategi untuk melaksanakan kebijakan? Apa isi dari kebijakan yang telah ditetapkan?

- d) Implementasi (*implementation*): Siapa yang terlibat dalam implementasi kebijakan? Apa yang mereka kerjakan? Apa dampak dari isi kebijakan?
- e) Evaluasi (*evaluation*): Bagaimana tingkat keberhasilan atau dampak kebijakan diukur? Siapa yang mengevaluasi kebijakan? Apa konsekuensi dari evaluasi kebijakan? Adakah tuntutan untuk melakukan perubahan atau pembatalan?

Sedangkan Howlet dan Ramesh (1995:11) menyatakan bahwa proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut:

- a) Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah
- b) Formulasi kebijakan (*policy formulation*), yakni proses perumusan pilihan-pilihan kebijakan oleh pemerintah
- c) Pembuatan kebijakan (*decision making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan
- d) Implementasi kebijakan (*policy implementation*), yaitu proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai suatu hasil
- e) Evaluasi kebijakan (*policy evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan

Tahap-tahap kebijakan publik menurut Dunn yang dikutip oleh Winarno (2007:32) adalah sebagai berikut:

- a) Tahap Penyusunan Agenda

Para pejabat yang dipilih dan diangkat menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat

masuk dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan. Pada tahap ini mungkin suatu masalah tidak disentuh sama sekali, sementara masalah yang lain ditetapkan menjadi fokus pembahasan, atau ada pula masalah karena alasan-alasan tertentu ditunda untuk waktu yang lama.

b) Tahap Formulasi Kebijakan

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (*policy alternative or policy options*) yang ada. Dalam perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Dalam tahap ini masing-masing aktor akan bersaing dan berusaha untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

c) Tahap Adopsi Kebijakan

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau putusan pengadilan.

d) Tahap Implementasi Kebijakan

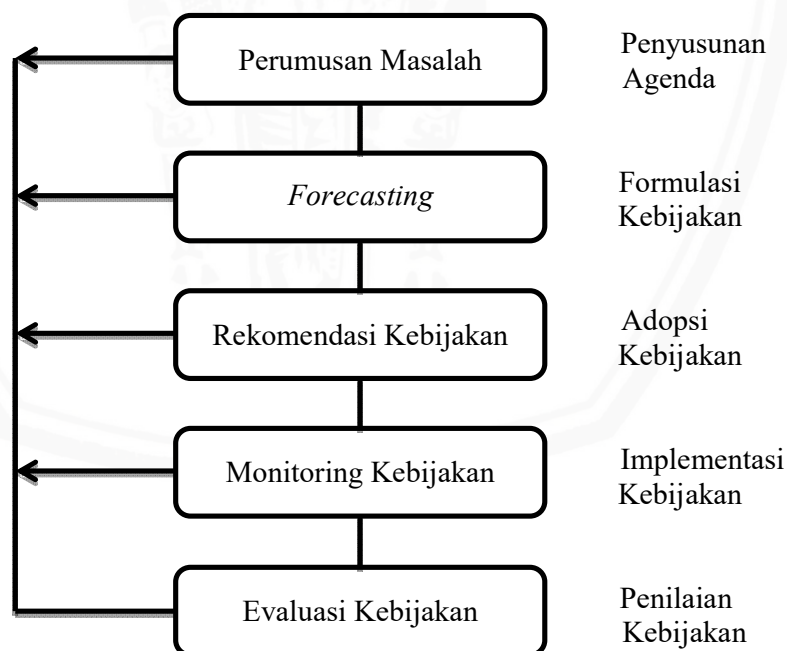
Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit jika program tersebut tidak diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi

yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap implementasi ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana (*implementors*), namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

e) Tahap Evaluasi Kebijakan

Dalam tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi, untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan, yaitu memecahkan masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu ditentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik yang telah dilaksanakan sudah mencapai dampak atau tujuan yang diinginkan atau belum.

Gambar 2.1 : Proses Kebijakan



Sumber: William N. Dunn (2000:25)

Berdasarkan gambar 2.1, proses kebijakan publik yang dikemukakan oleh Dunn dimulai dari tahap perumusan masalah atau penyusunan agenda. Pada tahap ini, suatu masalah ditempatkan pada agenda publik oleh para pejabat yang dipilih dan diangkat. Tidak semua masalah dapat masuk ke dalam agenda publik karena sebelumnya suatu masalah harus bersaing dengan masalah-masalah yang lain. Suatu masalah yang telah masuk ke dalam agenda publik tidak disentuh sama sekali sampai pada tahap formulasi kebijakan (*forecasting*). Pada tahap inilah masalah baru dapat dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif atau pilihan kebijakan (*policy alternatives or policy options*) yang ada. Dalam tahap perumusan kebijakan, masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Persaingan tidak hanya terjadi pada masing-masing alternatif tetapi juga terjadi pada masing-masing aktor yang akan bermain untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

Selanjutnya pada tahap adopsi kebijakan, berbagai alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas legislatif, konsensus antara direktur lembaga atau keputusan peradilan. Pada tahap implementasi kebijakan, keputusan program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan yaitu dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Tahap terakhir dari

kebijakan publik adalah evaluasi kebijakan. Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan akan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah yang dihadapi oleh masyarakat dengan cara menentukan ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

B. Implementasi Kebijakan

1. Pengertian Implementasi Kebijakan

Secara *lexicografis*, istilah *to implement* (mengimplementasikan) menurut Kamus Webster yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:135) berarti “*to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu) dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak akibat terhadap sesuatu).” Menurut pandangan ini, implementasi kebijakan dapat dipandang sebagai suatu proses melaksanakan keputusan kebijakan, biasanya dalam bentuk undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan pengadilan, perintah eksekutif atau dekrit presiden.

Abdul Wahab (2012:143) mendefinisikan implementasi sebagai suatu *output*, atau sejauh mana derajat dukungan terhadap suatu program, misalnya seberapa besar pengeluaran yang sudah dianggarkan untuk sebuah program ataupun sejumlah penyimpangan yang terjadi akibat kegagalan mematuhi peraturan negara. Meter dan Horn yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:135) merumuskan proses implementasi sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu atau pejabat-pejabat dan kelompok-kelompok pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah digariskan

dalam keputusan kebijakan. Mazmanian dan Sebastiar yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:135) menjelaskan makna implementasi sebagai berikut:

“Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan publik yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat atau dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.”

Mazmanian dan Sebastiar yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:139)

juga merumuskan proses implementasi kebijakan publik lebih rinci, yaitu:

“Implementasi adalah pelaksanaan keputusan kebijakan dasar, biasanya dalam bentuk undang-undang. Namun, dapat pula berbentuk perintah-perintah atau keputusan-keputusan eksekutif yang penting atau keputusan badan peradilan. Lazimnya keputusan tersebut mengidentifikasi masalah yang ingin diatasi, menyebutkan secara tegas tujuan yang ingin dicapai dan berbagai cara untuk mengatur proses implementasinya. Proses ini berlangsung setelah tahapan tertentu, biasanya diawali dengan tahapan pengesahan undang-undang, kemudian *output* kebijakan dalam bentuk pelaksanaan keputusan oleh badan (instansi) pelaksana, kesediaan dilaksanakannya keputusan-keputusan tersebut oleh kelompok sasaran, dampak nyata baik yang dikehendaki atau yang tidak dari *output* tersebut, dampak keputusan sebagaimana dipersepsikan oleh badan-badan yang mengambil keputusan, atau akhirnya perbaikan-perbaikan penting (atau upaya untuk melakukan perbaikan-perbaikan) terhadap undang-undang atau peraturan yang bersangkutan.”

Menurut Smith dan Larimer yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:141)

implementasi kebijakan dapat pula dianggap sebagai suatu proses, keluaran (*output*) dan hasil akhir (*outcome*). Berangkat dari logika pemikiran ini, maka implementasi kebijakan dapat dikonseptualisasikan sebagai suatu proses, serangkaian keputusan (*a serial of decisions*) dan tindakan (*actions*) yang bertujuan melaksanakan keputusan pemerintah atau keputusan legislasi negara yang telah dibuat atau dirumuskan sebelumnya.

Agustino (2008:139) mendefinisikan implementasi sebagai suatu proses yang dinamis, dimana pelaksana kebijakan melakukan suatu aktivitas atau kegiatan, sehingga pada akhirnya akan mendapatkan suatu hasil yang sesuai dengan tujuan atau sasaran kebijakan itu sendiri. Definisi tersebut sesuai dengan yang diungkapkan oleh Lester dan Stewart Jt. sebagaimana dikutip oleh Agustino (2008:139) yang mengatakan bahwa implementasi merupakan suatu proses atau suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih. Grindle yang sebagaimana oleh Agustino (2008:139) juga mengatakan hal yang serupa dengan Agustino maupun Lester dan Stewart Jt. bahwa pengukuran keberhasilan suatu implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.

Agustino (2008:140) mengatakan bahwa implementasi kebijakan merupakan tahapan yang sangat penting dalam keseluruhan struktur kebijakan, karena melalui prosedur ini proses kebijakan secara keseluruhan dapat dipengaruhi tingkat keberhasilan atau tidaknya pencapaian tujuan. Hal ini dipertegas oleh Udoji yang dikutip oleh Agustino (2008:140) bahwa pelaksanaan kebijakan adalah sesuatu yang penting bahkan mungkin lebih penting daripada pembuatan kebijakan. Kebijakan-kebijakan hanya akan sekadar berupa impian atau rencana bagus yang tersimpan tapi dalam arsip kalau tidak diimplementasikan.

2. Proses Implementasi Kebijakan

Menurut Widodo (2009:90), implementasi merupakan proses yang memerlukan tindakan-tindakan sistematis dari pengorganisasian, interpretasi, dan aplikasi. Berikut ini adalah penjabaran yang lebih operasional mengenai proses implementasi:

a. Tahap Interpretasi (*Interpretation*)

Menurut Widodo (2009:90), tahap interpretasi merupakan tahapan penjabaran sebuah kebijakan yang masih bersifat abstrak ke dalam kebijakan yang lebih bersifat teknis operasional. Tahap penjabarannya yaitu kebijakan umum atau kebijakan strategis (*strategic policy*) diwujudkan dalam bentuk peraturan daerah yang dibuat bersama-sama antara lembaga legislatif (DPRD) dan lembaga eksekutif (Pemerintah Daerah). Kemudian kebijakan umum atau kebijakan strategis dijabarkan dalam kebijakan manajerial (*managerial policy*). Kebijakan manajerial diwujudkan dalam bentuk keputusan-keputusan kepala daerah (Bupati atau Walikota). Kemudian kebijakan manajerial dijabarkan dalam kebijakan teknis operasional (*operational policy*) yang diwujudkan dalam bentuk kebijakan kepala dinas, kepala badan atau kepala kantor sebagai unsur pelaksana teknis pemerintah daerah.

Pada aktivitas interpretasi kebijakan tidak hanya sekedar menjabarkan sebuah kebijakan yang masih bersifat abstrak ke dalam kebijakan yang bersifat lebih operasional, tetapi diikuti dengan mengkomunikasikan kebijakan (sosialisasi). Hal ini bertujuan agar seluruh masyarakat (*stakeholder*) dapat mengetahui dan memahami apa yang menjadi arah tujuan dan sasaran kebijakan. Dan juga pentingnya komunikasi dan sosialisasi dalam sebuah kebijakan adalah

agar semua yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung tidak hanya mengerti arah, tujuan dan sasaran tetapi mereka dapat menerima, mendukung dan mengamankan pelaksanaan kebijakan (Widodo 2009:91).

b. Tahap Pengorganisasian (*to Organized*)

Menurut Widodo (2009:91) pada tahap pengorganisasian lebih mengarah pada proses kegiatan pengaturan dan penetapan dalam sebuah kebijakan. Penetapan tersebut terdiri dari:

1) Pelaksana Kebijakan (*Policy Implementor*)

Pelaksana kebijakan sangat tergantung dari apa yang akan dilaksanakan, namun setidaknya dapat diidentifikasi sebagai berikut:

- a) Dinas, badan, kantor Unit Pelaksanaan Teknis (UPT) di lingkungan badan pemerintah daerah
- b) Sektor swasta (*private sectors*)
- c) Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM)
- d) Komponen masyarakat

Penetapan pelaku kebijakan bukan sekedar menetapkan lembaga mana yang melaksanakan dan siapa saja yang melaksanakan tetapi juga menetapkan tugas, pokok, fungsi kewenangan, dan tanggung jawab dari masing-masing pelaku kebijakan tersebut.

2) Standar Prosedur Operasi (*Standard Operating Procedure*)

Setiap melaksanakan kebijakan perlu adanya *Standard Operating Procedure* (SOP) sebagai pedoman, petunjuk, tuntunan dan referensi bagi para pelaku kebijakan agar mereka mengetahui apa yang harus disiapkan dan

dilakukan, siapa sasarannya, dan hasil apa yang ingin dicapai dari pelaksanaan kebijakan tersebut.

3) Sumber Daya Keuangan dan Peralatan

Setelah ditetapkan SOP langkah berikutnya perlu ditetapkan berapa besarnya anggaran dan dari mana sumber anggaran tersebut, serta peralatan apa yang dibutuhkan untuk melaksanakan suatu kebijakan. Besarnya anggaran tergantung dari macam dan jenis kebijakan yang akan dilaksanakan. Namun sumber anggaran setidaknya dapat ditetapkan antara lain berasal dari pemerintah pusat (APBN), APBD, sektor swasta, swadaya masyarakat, dan lain-lain.

c. Tahap Aplikasi (*Application*)

Menurut Widodo (2009:94) tahap aplikasi merupakan tahap penerapan rencana proses implementasi kebijakan ke dalam realitas nyata. Tahap aplikasi merupakan perwujudan dari pelaksanaan masing-masing kegiatan dalam tahapan yang telah disebutkan sebelumnya.

Sedangkan menurut Islamy (1997:102) tahap implementasi dibagi dalam dua bentuk, yaitu:

- 1) Bersifat *self-executing*, yang berarti bahwa dengan dirumuskannya dan disahkannya suatu kebijakan maka kebijakan tersebut akan terimplementasikan dengan sendirinya, misalnya pengakuan suatu negara terhadap kedaulatan negara lain.
- 2) Bersifat *non self-executing* yang berarti bahwa suatu kebijakan publik perlu diwujudkan dan dilaksanakan oleh berbagai pihak supaya tujuan pembuatan kebijakan tercapai.

Ahli lain, Hogwood dan Gunn yang dikutip oleh Abdul Wahab (1991:36) dalam buku “Analisis Kebijakan: dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara” mengemukakan sejumlah tahap implementasi sebagai berikut:

- a. Tahap I terdiri atas kegiatan-kegiatan:
 - 1) Menggambarkan rencana suatu program dengan penetapan tujuan secara jelas
 - 2) Menentukan standar pelaksanaan
 - 3) Menentukan biaya yang akan digunakan beserta waktu pelaksanaan
- b. Tahap II: merupakan pelaksanaan program dengan mendayagunakan struktur staf, sumber daya, prosedur, biaya serta metode
- c. Tahap III merupakan kegiatan-kegiatan:
 - 1) Menentukan jadwal
 - 2) Melakukan pemantauan
 - 3) Mengadakan pengawasan untuk menjamin kelancaran pelaksanaan program. Dengan demikian jika terdapat penyimpangan atau pelanggaran dapat diambil tindakan yang sesuai dengan segera

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan

a. Teori George C. Edwards III (1980)

Edward III (1980) mengemukakan beberapa variabel yang memengaruhi implementasi sebuah kebijakan, yakni:

- 1) Komunikasi

Keberhasilan implementasi kebijakan mensyaratkan agar implementor mengetahui apa yang harus dilakukan. Apa yang menjadi tujuan dan sasaran kebijakan harus ditransmisikan kepada kelompok sasaran (*target*)

group) sehingga akan mengurangi distorsi implementasi. Apabila tujuan dan sasaran suatu kebijakan tidak jelas atau bahkan tidak diketahui sama sekali oleh kelompok sasaran, maka kemungkinan akan terjadi resistensi dari kelompok sasaran.

2) Sumber Daya

Walaupun isi kebijakan sudah dikomunikasikan secara jelas dan konsisten, tetapi apabila implementor kekurangan sumber daya untuk melaksanakan, implementasi tidak akan berjalan efektif. Sumber daya tersebut dapat berwujud sumber daya manusia yakni kompetensi implementor dan sumber daya finansial. Sumber daya adalah faktor penting untuk implementasi kebijakan agar efektif. Tanpa sumber daya, kebijakan hanya tinggal di kertas menjadi dokumen saja.

3) Disposisi

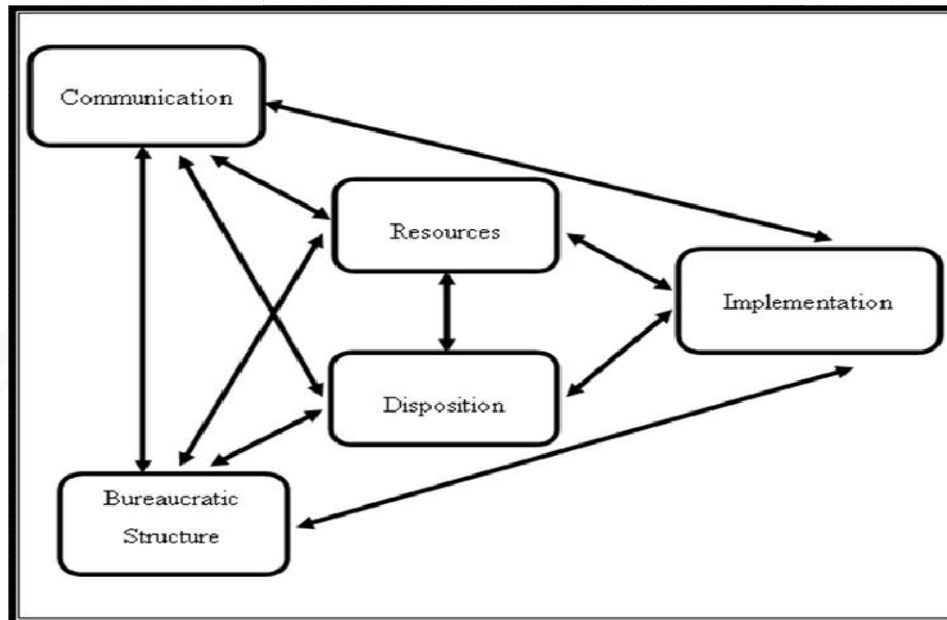
Disposisi adalah watak dan karakteristik yang dimiliki oleh implementor, seperti komitmen, kejujuran dan sifat demokratis. Apabila implementor memiliki disposisi yang baik, maka dia dapat menjalankan kebijakan dengan baik seperti apa yang diinginkan oleh pembuat kebijakan, maka proses implementasi kebijakan juga menjadi efektif.

4) Struktur Birokrasi

Struktur organisasi yang bertugas mengimplementasikan kebijakan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap implementasi kebijakan. Salah satu dari aspek struktur yang penting dari setiap organisasi adalah adanya prosedur operasi yang standar (*Standard Operating Procedures* atau SOP). SOP menjadi pedoman bagi setiap implementor dalam

bertindak. Struktur organisasi yang terlalu panjang akan cenderung melemahkan pengawasan dan menimbulkan *red-tape*, yakni prosedur birokrasi yang rumit dan kompleks. Ini pada gilirannya menyebabkan aktivitas organisasi tidak fleksibel.

Gambar 2.2 : Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Edwards III



Sumber: Edwards III (1980:148)

Gambar 2.2 menjelaskan bahwa teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Edwards III terdapat empat variabel yang saling terkait dan memengaruhi antara variabel satu dengan variabel yang lain yaitu: komunikasi, sumber daya, disposisi dan struktur organisasi. Prosedur atau pedoman yang tidak jelas akan memberikan kesempatan bagi implementator untuk melakukan diskresi. Apabila komunikasi juga tidak baik maka diskresi akan menimbulkan disposisi. Sumber daya saling berkaitan dengan komunikasi dan memengaruhi disposisi dalam implementasi kebijakan. Demikian juga disposisi dari implementator akan memengaruhi bagaimana implementator menginterpretasikan komunikasi

kebijakan baik dalam menerima maupun dalam mengelaborasi lebih lanjut ke bawah rantai komado.

Dalam teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Edwards III tidak ditemukan faktor eksternal seperti yang terdapat pada teori Grindle, Van Meter dan Van Horn, serta Mazmanian dan Sabatier. Faktor eksternal yang dimaksud adalah elemen “lingkungan kebijakan” yang dapat berupa faktor sosial, politik, dan ekonomi. Alasan Edward III tidak menggunakan faktor eksternal dalam teorinya mungkin karena Edward III ingin lebih fokus pada aktor-aktor kebijakan yang mengimplementasikan kebijakan (implementor kebijakan) sehingga tidak membahas pada kondisi di luar implementor kebijakan.

b. Teori Merilee S. Grindle (1980)

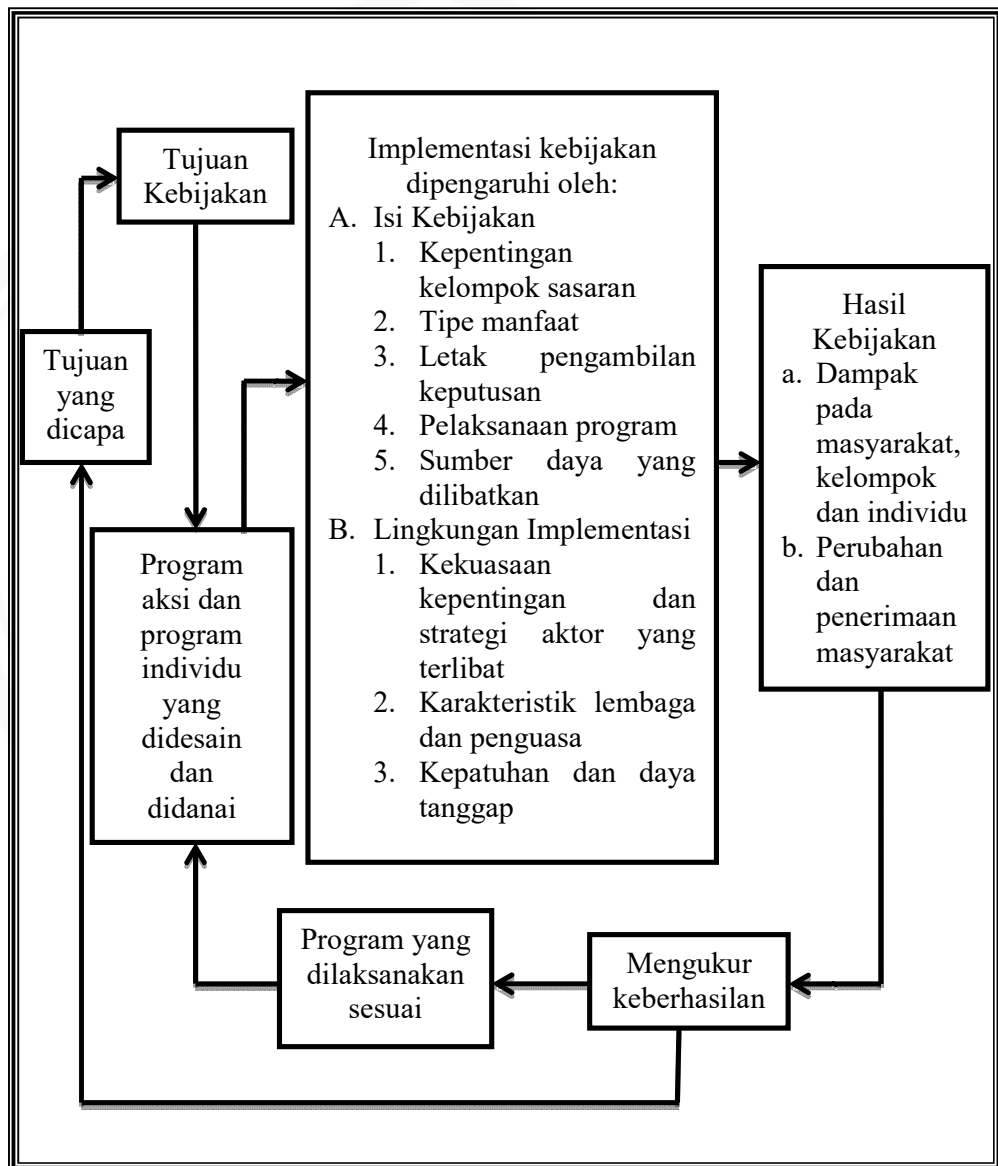
Keberhasilan implementasi menurut Grindle (1980) dipengaruhi oleh dua variabel besar, yaitu:

1) Isi Kebijakan (*Content of Policy*), yang mencakup:

- a) Sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau target group termuat dalam isi kebijakan
- b) Jenis manfaat yang diterima oleh target group
- c) Sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan
- d) Apakah letak sebuah program sudah tepat
- e) Apakah sebuah kebijakan telah menyampaikan implementornya dengan rinci
- f) Apakah sebuah program didukung oleh sumber daya yang memadai

- 2) Lingkungan Implementasi (*Context of Implementation*)
 - a) Seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlihat dalam implementasi kebijakan
 - b) Karakteristik institusi dan rejim yang sedang berkuasa
 - c) Tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran

Gambar 2.3 : Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan
Menurut Merilee S. Grindle



Sumber: Grindle dalam Subarsono (2005:93)

Pada gambar 2.3 menjelaskan bahwa teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle terdapat dua variabel besar yaitu: isi kebijakan dan lingkungan implementasi, dimana pada masing-masing variabel terdapat beberapa unsur-unsur. Dua variabel besar tersebut akan menghasilkan hasil kebijakan berupa dampak pada masyarakat, kelompok dan individu serta perubahan dan penerimaan masyarakat. Hasil kebijakan akan dijadikan tolak ukur untuk mengukur keberhasilan suatu program sehingga dapat menilai apakah program tersebut sesuai rencana atau tidak. Apabila suatu program sesuai rencana maka akan memunculkan program aksi dan program individu yang didesain dan didanai yang selanjutnya akan diimplementasikan. Mengukur keberhasilan suatu program juga dapat mengetahui apakah program tersebut telah mencapai tujuan kebijakan yang telah ditetapkan. Apabila tujuan kebijakan dapat tercapai maka akan kembali memunculkan program aksi dan program individu yang didesain dan didanai yang selanjutnya akan diimplementasikan.

Teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle mempunyai kesamaan dengan teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn yaitu pada elemen “lingkungan kebijakan.” Grindle menggunakan variabel besar “lingkungan implementasi” sedangkan Van Meter dan Van Horn menggunakan “kondisi sosial, politik, dan ekonomi” sebagai salah satu variabel yang memengaruhi implementasi kebijakan. Unsur “karakteristik lembaga dan penguasa” serta “kepatuhan dan daya tanggap” dari variabel “lingkungan implementasi” juga mempunyai persamaan dengan variabel “disposisi” dari model Edwards III. Pada variabel “isi kebijakan” unsur “sumber daya yang dilibatkan,” Grindle mempunyai kesamaan pandangan dengan Edwards

III maupun Van Meter dan Van Horn yang juga menggunakan variabel “sumber daya.”

c. Teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983)

Menurut Mazmanian dan Sabatier (1983), ada tiga kelompok variabel yang memengaruhi keberhasilan implementasi, yakni:

1) Karakteristik Masalah:

- a) Tingkat kesulitan teknis dari masalah yang bersangkutan. Di satu pihak ada beberapa masalah sosial secara teknis mudah dipecahkan, seperti kekurangan persediaan air minum bagi penduduk atau harga beras yang tiba-tiba naik. Di pihak lain terdapat masalah-masalah sosial yang relatif sulit dipecahkan, seperti kemiskinan, pengangguran, korupsi, dan sebagainya. Oleh karena itu, sifat masalah itu sendiri akan memengaruhi mudah tidaknya suatu program diimplementasikan.
- b) Tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Ini berarti bahwa suatu program akan relatif mudah diimplementasikan apabila kelompok sasarannya adalah homogen. Sebaliknya, apabila kelompok sasarannya heterogen, maka implementasi program akan relatif lebih sulit, karena tingkat pemahaman setiap anggota kelompok sasaran terhadap program relatif berbeda.
- c) Proporsi kelompok sasaran terhadap total populasi. Sebuah program akan relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi. Sebaliknya sebuah program relatif mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar.

- d) Cakupan perubahan perilaku yang diharapkan. Sebuah program yang bertujuan memberikan pengetahuan atau bersifat kognitif akan relatif mudah diimplementasikan daripada program yang bertujuan untuk mengubah sikap dan perilaku masyarakat. Sebagai contoh, implementasi Undang-Undang No. 14 Tahun 1992 tentang Lalu Lintas dan Angkutan Jalan sulit diimplementasikan karena menyangkut perubahan perilaku masyarakat dalam berlalu lintas.

2) Karakteristik kebijakan:

- a) Kejelasan isi kebijakan. Ini berarti semakin jelas dan rinci isi sebuah kebijakan akan mudah diimplementasikan karena implementor mudah memahami dan menerjemahkan dalam tindakan nyata. Sebaliknya, ketidakjelasan isi kebijakan merupakan potensi lahirnya distorsi dalam implementasi kebijakan.
- b) Seberapa jauh kebijakan tersebut memiliki dukungan teoritis. Kebijakan yang memiliki dasar teoritis memiliki sifat lebih mantap karena sudah teruji, walaupun untuk beberapa lingkungan sosial tertentu perlu ada modifikasi.
- c) Besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan tersebut. Sumber daya keuangan adalah faktor krusial untuk setiap program sosial. Setiap program juga memerlukan dukungan staff untuk melakukan pekerjaan-pekerjaan administrasi dan teknis, serta memonitoring program, yang semuanya itu perlu biaya.
- d) Seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana. Kegagalan program sering disebabkan kekurangan

koordinasi vertikal dan horizontal antar instansi yang terlibat dalam implementasi dasar.

- e) Kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana.
- f) Tingkat komitmen aparat terhadap tujuan kebijakan. Kasus korupsi yang terjadi di Negara-Negara Dunia Ketiga khususnya di Indonesia, salah satu sebabnya adalah rendahnya tingkat komitmen aparat untuk melaksanakan tugas dan pekerjaan atau program-program.
- g) Seberapa luas akses kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam implementasi kebijakan. Suatu program yang memberikan peluang luas bagi masyarakat untuk terlibat akan relatif mendapat dukungan daripada program yang tidak melibatkan masyarakat. Masyarakat akan merasa terasing atau teralienasi apabila ada di wilayahnya.

3) Lingkungan kebijakan

- a) Kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi. Masyarakat yang sudah terbuka dan terdidik akan relatif mudah menerima program-program pembaruan dibanding dengan masyarakat yang masih tertutup dan tradisional. Demikian juga, kemajuan teknologi akan membantu dalam proses keberhasilan implementasi program, karena program-program tersebut dapat disosialisasikan dan diimplementasikan dengan bantuan teknologi modern.
- b) Dukungan publik terhadap sebuah kebijakan. Kebijakan yang memberikan insentif biasanya mudah mendapatkan dukungan publik.

Sebaliknya kebijakan yang bersifat dis-insentif, seperti kenaikan harga BBM atau kenaikan pajak akan kurang mendapat dukungan publik.

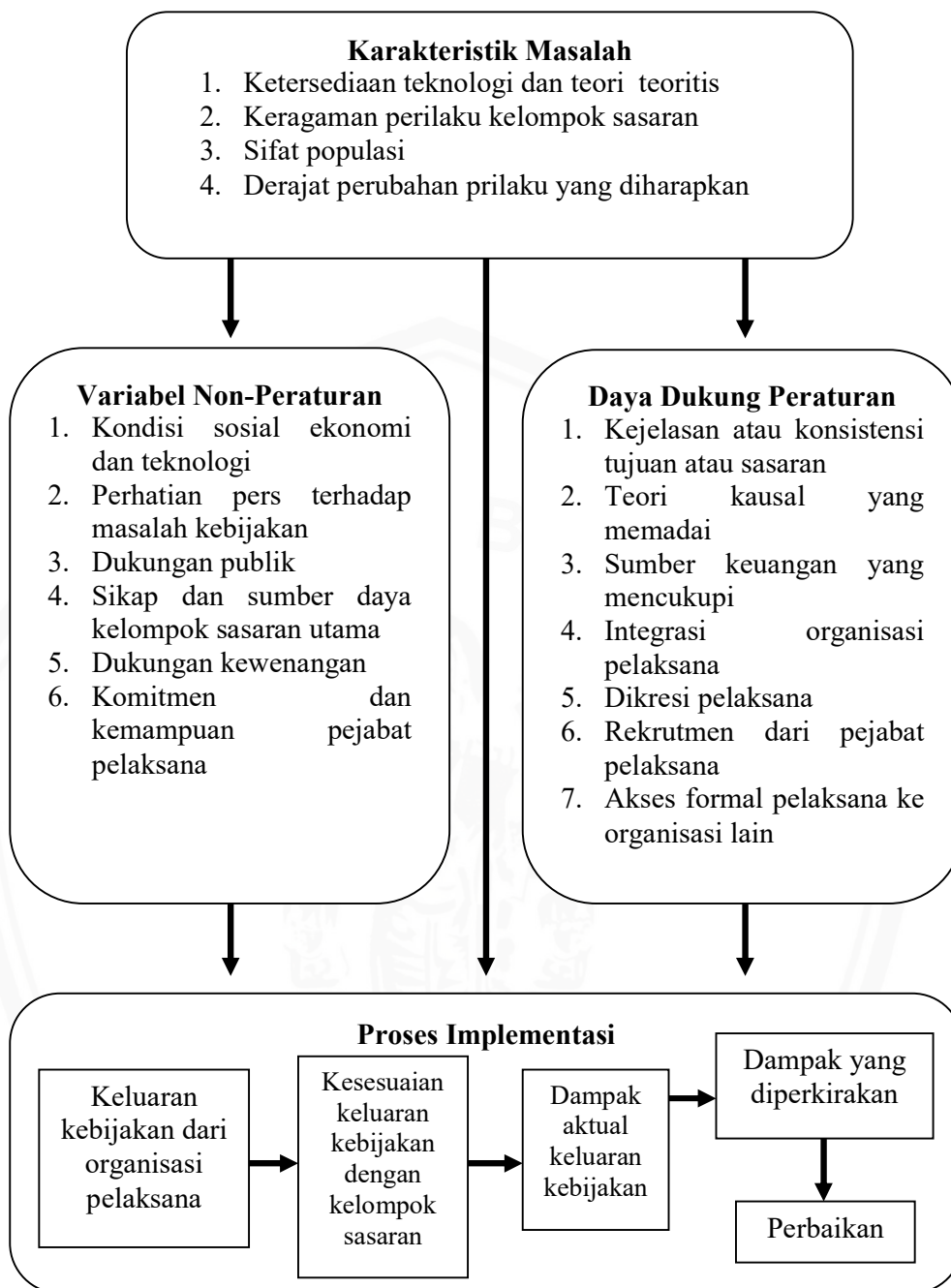
c) Sikap dari kelompok pemilih (*constituency groups*). Kelompok pemilih yang ada dalam masyarakat dapat memengaruhi implementasi kebijakan melalui berbagai cara antara lain:

(1) Kelompok pemilih dapat melakukan intervensi terhadap keputusan yang dibuat badan-badan pelaksana melalui berbagai komentar dengan maksud untuk mengubah keputusan

(2) Kelompok pemilih dapat memiliki kemampuan untuk memengaruhi badan-badan pelaksana secara tidak langsung melalui kritik yang dipublikasikan terhadap kinerja badan-badan pelaksana dan membuat pernyataan yang ditunjukkan kepada badan legislatif

d) Tingkat komitmen dan keterampilan dari aparat dan implementor. Pada akhirnya, komitmen aparat pelaksana untuk merealisasikan tujuan yang telah tertuang dalam kebijakan adalah variabel yang paling krusial. Aparat badan pelaksana harus memiliki keterampilan dalam membuat prioritas tujuan dan selanjutnya merealisasikan prioritas tujuan tersebut.

Gambar 2.4 : Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Sabtier dan Mazmanian



Sumber: Sabatier dan Mazmanian dalam Fadillah P. (2003:89)

Gambar 2.4 menjelaskan bahwa teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Grindle dibedakan menjadi tiga variabel besar yaitu: karakteristik masalah, variabel non-peraturan dan daya dukung peraturan. Masing-

masing variabel besar tersebut terdiri dari beberapa unsur yang dapat memengaruhi proses implementasi. Dalam proses implementasi, kebijakan yang dikeluarkan oleh organisasi akan dinilai apakah sudah sesuai dengan kelompok sasaran kebijakan. Apabila suatu kebijakan ada yang belum sesuai dengan kelompok sasaran akan menimbulkan dampak aktual yang harus bisa diperkirakan agar dapat melakukan perbaikan pada kebijakan tersebut.

Sama seperti teori implemetasi kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn maupun Grindle, teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Mazmanian dan Sabatier juga menggunakan variabel “lingkungan kebijakan” sebagai variabel yang memengaruhi implementasi kebijakan. Pada teori Mazmanian dan Sabatier, unsur “cakupan perubahan perilaku yang diharapkan” mempunyai persamaan dengan salah satu unsur dari variabel “isi kebijakan” dari Grindle yaitu “jangkauan perubahan yang dapat diharapkan.” Variabel “lingkungan kebijakan,” unsur “kondisi sosial ekonomi masyarakat dan tingkat kemajuan teknologi” memiliki kesamaan dengan variabel Van Meter dan Van Horn yaitu “kondisi sosial, politik, dan ekonomi.” Unsur “sikap dari kelompok pemilih” pada variabel “lingkungan kebijakan” mempunyai kesamaan dengan variabel “disposisi” dari teori Edwards III. Sedangkan unsur “kejelasan isi kebijakan” dan unsur “kejelasan dan konsistensi aturan yang ada pada badan pelaksana” pada variabel “karakteristik kebijakan” sama dengan variabel “komunikasi” dari teori Edwards III.

Persamaan antara teori Mazmanian dan Sabatier dengan teori Edwards III juga terdapat pada variabel “karakteristik kebijakan” unsur “besarnya alokasi sumber daya finansial terhadap kebijakan” dan unsur “tingkat komitmen aparat

terhadap tujuan kebijakan” karena dua unsur tersebut memiliki kesamaan dengan variabel “sumber daya” dari teori Edwards III, Van Meter dan Van Horn, serta Grindle. Unsur lain yang sama dengan teori Edwards III adalah unsur “seberapa besar adanya keterpautan dan dukungan antar berbagai institusi pelaksana” yang serupa dengan variabel “struktur birokrasi” teori model Edwards III.

d. Teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn (1975)

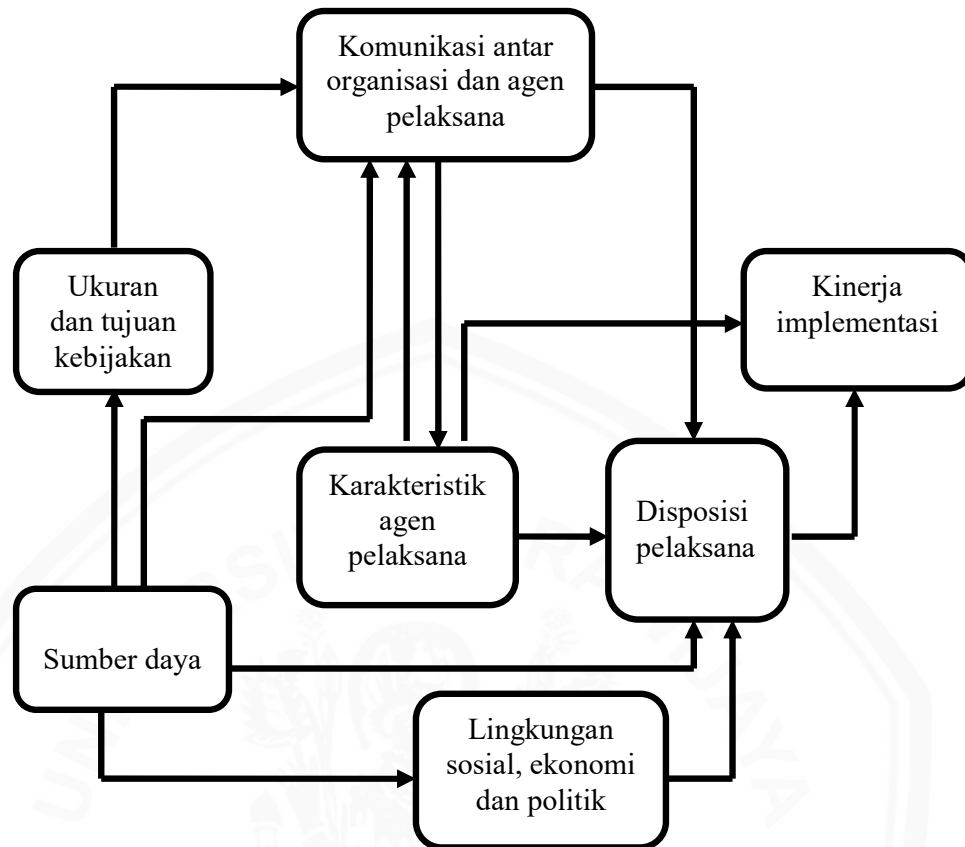
Menurut Van Meter dan Van Horn, ada enam variabel yang memengaruhi kinerja implementasi, yakni:

- 1) Standar dan sasaran kebijakan harus jelas dan terukur sehingga dapat direalisasikan. Apabila standar dan sasaran kebijakan kabur, maka akan terjadi multi interpretasi dan mudah menimbulkan konflik di antara para agen implementasi.
- 2) Sumber daya. Implementasi kebijakan perlu dukungan sumber daya baik sumber daya manusia (*human resources*) maupun sumber daya non-manusia (*non-human resources*). Dalam berbagai kasus program pemerintah, seperti Program Jaringan Pengaman Sosial (JPS) untuk kelompok miskin pedesaan kurang berhasil karena keterbatasan kualitas aparat pelaksana.
- 3) Hubungan antar organisasi. Dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerja sama antar instansi bagi keberhasilan suatu program.
- 4) Karakteristik agen pelaksana. Yang dimaksud karakteristik agen pelaksana adalah mencakup struktur birokrasi, norma-norma, dan pola-pola

hubungan yang terjadi dalam birokrasi, yang semuanya itu akan memengaruhi implementasi suatu program.

- 5) Kondisi sosial, politik, dan ekonomi. Variabel ini mencakup sumber daya ekonomi lingkungan yang dapat mendukung keberhasilan implementasi kebijakan, sejauh mana kelompok-kelompok kepentingan memberikan dukungan bagi implementasi kebijakan, karakteristik para partisipan yakni mendukung atau menolak, bagaimana sifat opini publik yang ada di lingkungan, dan apakah elite politik mendukung implementasi kebijakan.
- 6) Disposisi implementor. Disposisi implementor ini mencakup tiga hal yang penting, yakni:
 - a) Respon implementor terhadap kebijakan, yang akan memengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan
 - b) Kognisi, yakni pemahaman terhadap kebijakan
 - c) Intensitas disposisi implementor, yakni preferensi nilai yang dimiliki oleh implementor

Gambar 2.5 : Faktor yang Memengaruhi Implementasi Kebijakan Menurut Van Meter dan Van Horn



Sumber: Van Meter dan Van Horn dalam Subarsono (2005:99)

Pada gambar 2.5 menjelaskan bahwa teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn dibedakan menjadi enam variabel yang memengaruhi kinerja implementasi yaitu: ukuran dan tujuan kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi dan agen pelaksana, karakteristik agen pelaksanan, disposisi pelaksana, serta lingkungan sosial, ekonomi dan politik. Implementasi kebijakan yang didukung oleh sumber daya yang memadai akan dapat menciptakan suatu standar dan sasaran kebijakan yang terukur dan jelas sehingga dapat saling bekerja sama dengan implementator maupun organisasi lain. Kerja sama antar organisasi akan menimbulkan kemauan implementator untuk melaksanakan kebijakan. Sumber daya yang memadai juga dapat menjalin

kerja sama dengan baik dengan implementator atau organisasi lain dan dapat memahami kebijakan dengan jelas. Selain itu dengan adanya sumber daya yang memadai juga akan mendapatkan dukungan dari kelompok-kelompok yang berkepentingan sehingga implementator akan mempunyai kemauan untuk melaksanakan kebijakan.

Adanya kerja sama yang baik diantara para implementator dan antar organisasi akan menciptakan pola-pola hubungan yang jelas di dalam birokrasi sehingga dapat menimbulkan kemauan implementator untuk melaksanakan kebijakan. Pola-pola hubungan yang jelas di dalam birokrasi akan menciptakan kerja sama yang baik diantara organisasi lain sehingga menimbulkan kemauan implementator untuk melaksanakan kebijakan.

Apabila teori implementasi yang dikemukakan oleh Van Meter dan Van Horn berpatokan pada teori implementasi kebijakan yang dikemukakan oleh Edwards III, maka variabel “standar dan sasaran kebijakan” dapat dimasukkan dalam variabel “komunikasi” dalam teori Edwards III. Variabel “sumber daya” sama dengan variabel “sumber daya” pada teori Edwards III dan variabel “hubungan antar organisasi” dapat dimasukkan pada variabel “struktur organisasi” dari teori Edwards III. Variabel “karakteristik agen pelaksana” dan variabel “disposisi implementor,” bisa dimasukkan pada variabel “disposisi” dalam teori Edwards III. Sedangkan untuk variabel “kondisi sosial, politik, dan ekonomi” tidak terdapat dalam teori Edwards III.

4. Syarat-Syarat Implementasi Kebijakan Publik

Menurut Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn (1978;1986) dalam Abdul Wahab (2016:167), untuk dapat mengimplementasikan kebijakan publik

secara sempurna (*perfect implementation*) diperlukan beberapa persyaratan tertentu. Syarat-syarat yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a. Kondisi eksternal yang dihadapi oleh instansi pelaksana tidak akan menimbulkan gangguan yang serius

Beberapa hambatan saat implementasi kebijakan seringkali berada di luar kendali para administrator. Sebab hambatan-hambatan itu memang di luar jangkauan wewenang kebijakan dan badan pelaksananya. Hambatan-hambatan tersebut di antaranya mungkin bersifat fisik. Ada juga kemungkinan lain bahwa hambatan-hambatan implementasi itu bersifat politis. Kendala-kendala semacam ini cukup jelas dan mendasar sifatnya sehingga sedikit sekali yang bisa diperbuat oleh para administrator untuk mengatasinya. Dalam hubungan ini, yang mungkin dapat dilakukan oleh para administrator, terutama dalam kapasitasnya sebagai penasihat ialah mengingatkan kemungkinan-kemungkinan semacam itu perlu dipikirkan matang-matang sewaktu merumuskan kebijakan.

- b. Untuk pelaksanaan program, tersedia waktu dan sumber-sumber yang cukup memadai

Syarat kedua ini sebagai tumpang tindih dengan syarat pertama yang telah disebutkan di atas. Dalam artian, tidak jarang muncul di antara kendala-kendala yang bersifat eksternal. Jadi kebijakan yang memiliki tingkat kelayakan fisik dan politis tertentu bisa saja tidak berhasil mencapai tujuan yang diinginkan. Alasan yang biasanya dikemukakan bahwa pembuat kebijakan terlalu banyak berharap dalam waktu yang terlalu pendek, khususnya jika persoalannya menyangkut sikap dan perilaku. Alasan lainnya, para politisi kadang kala hanya peduli dengan pencapaian tujuan-tujuan politik namun kurang peduli dengan penyediaan

sarana yang diperlukan untuk mencapainya sehingga tindakan pembatasan atau pemotongan terhadap pembiayaan program akan membahayakan upaya pencapaian tujuan program karena sumber-sumber yang tidak memadai.

c. Perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar tersedia

Persyaratan ini tidak lazimnya mengikuti persyaratan kedua di atas. Dalam artian, di satu pihak harus dijamin tidak terdapat kendala-kendala pada semua sumber yang diperlukan dan di lain pihak pada setiap tahapan proses implementasinya perpaduan di antara sumber-sumber tersebut harus benar-benar dapat disediakan. Dalam praktik, khususnya hal itu menyangkut proyek konstruksi atau perumahan seringkali terjadi hambatan yang serius. Misalnya, integrasi antara dana, tenaga kerja, tanah, peralatan dan bahan-bahan bangunan yang diperlukan untuk membangun proyek tersebut harus dipersiapkan secara serentak. Namun, salah satu atau mungkin kombinasi dari beberapa sumber tersebut mengalami kelambatan dalam penyediaan sehingga berakibat pada proyek yang akan tertunda pelaksanaan dan penyelesaiannya.

d. Kebijakan yang akan diimplementasikan didasari oleh suatu hubungan kausalitas yang andal

Kebijakan kadang kala tidak dapat diimplementasikan secara efektif, bukan karena telah diimplementasikan secara asal-asalan melainkan karena kebijakan itu sendiri memang kurang baik. Kebijakan itu telah didasari oleh tingkat pemahaman yang tidak memadai mengenai persoalan yang akan ditanggulangi. Dalam kaitan ini, Pressman dan Wildavsky (1973) dalam Abdul Wahab (2014:171) menyatakan bahwa setiap kebijakan pemerintah pada

hakikatnya membuat hipotesis sekalipun tidak secara eksplisit mengenai kondisi awal dan akibat yang diramalkan akan terjadi sesudahnya.

- e. Hubungan kausalitas bersifat langsung dan hanya sedikit mata rantai penghubungnya

Pada kebanyakan program pemerintah sesungguhnya teori yang mendasari kebijakan jauh lebih kompleks daripada sekadar: jika X dilakukan maka terjadi Y dan mata rantai hubungan kausalitas hanya sekadar jika X maka terjadi Y dan jika Y terjadi maka akan diikuti oleh Z. Dalam hubungan ini, Pressman dan Wildavsky memperingatkan bahwa kebijakan yang hubungan sebab-akibatnya tergantung pada mata rantai yang amat panjang maka ia akan mudah sekali mengalami keretakan. Sebab, semakin panjang mata rantai kausalitas semakin besar hubungan timbal balik di antara mata rantai penghubungnya dan semakin menjadi kompleks implementasinya. Dengan kata lain, semakin banyak hubungan dalam mata rantai maka semakin besar pula resiko bahwa beberapa di antaranya kelak terbukti lemah atau tidak dapat dilaksanakan dengan baik.

- f. Hubungan saling ketergantungan harus kecil

Implementasi yang sempurna membuat adanya persyaratan bahwa hanya terdapat badan pelaksana tunggal (*single agency*) untuk keberhasilan misi yang diembannya, tidak perlu tergantung pada badan-badan lain. Walaupun dalam pelaksanaannya harus melibatkan badan-badan lainnya maka hubungan ketergantungan dengan organisasi-organisasi ini harus pada tingkat yang minimal, baik dalam artian jumlah maupun kadar kepentingannya.

g. Pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan

Persyaratan ini mengharuskan adanya pemahaman dan kesepakatan yang menyeluruh mengenai tujuan atau sasaran yang akan dicapai. Keadaan ini harus dapat dipertahankan selama proses implementasi. Tujuan tersebut harus dirumuskan dengan jelas, spesifik dan lebih baik lagi apabila dapat dikuantifikasikan, dipahami serta disepakati oleh seluruh pihak yang terlibat dalam organisasi, bersifat saling melengkapi dan mendukung serta mampu berperan selaku pedoman dimana pelaksanaan program dapat dimonitor.

h. Tugas-tugas diperinci dan ditempatkan dalam urutan yang tepat

Persyaratan ini mengandung makna bahwa dalam langkah menuju tercapainya tujuan-tujuan yang telah disepakati, masih dimungkinkan untuk merinci dan menyusun dalam urutan-urutan yang tepat seluruh tugas yang harus dilaksanakan oleh setiap pihak yang terlibat. Kesulitan untuk mencapai kondisi implementasi yang sempurna tidak dapat disanksikan lagi, juga diperlukan keharusan adanya ruang yang cukup bagi kebebasan bertindak dan melakukan improvisasi sekalipun dalam program yang telah dirancang secara ketat. Tentu masih ada persoalan-persoalan manajerial yang lain, semisal upaya untuk menjamin bahwa tugas tersebut dilaksanakan dengan benar dan tepat pada waktunya serta melakukan tindakan perbaikan yang diperlukan jika ternyata pelaksanaan tugas tersebut melenceng dari rencana.

i. Komunikasi dan koordinasi yang sempurna

Persyaratan ini menggariskan bahwa harus ada komunikasi dan koordinasi yang sempurna di antara berbagai unsur atau badan yang terlibat dalam program. Hood (1976) dalam Abdul Wahab (2014:174) menyatakan, guna mencapai

implementasi yang sempurna barangkali diperlukan suatu sistem satuan administrasi tunggal (*unitary administrative system*). Komunikasi memang memainkan peran penting bagi berlangsungnya koordinasi dan implementasi pada umumnya. Namun, komunikasi yang benar-benar sempurna sebetulnya merupakan kondisi yang sulit untuk diwujudkan.

- j. Pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna

Persyaratan terakhir ini menjelaskan bahwa harus terdapat kondisi ketundukan penuh dan tidak ada penolakan sama sekali terhadap pemerintah dari siapapun dalam sistem administrasi. Apabila terdapat potensi penolakan terhadap perintah itu, maka harus dapat diidentifikasi oleh kecanggihan sistem informasinya dan dicegah sedini mungkin oleh sistem pengendalian yang andal. Dengan kata lain, persyaratan ini mendasarkan bahwa yang memiliki kewenangan seharusnya juga yang memiliki kekuasaan dan mampu menjamin tumbuh kembangnya sikap patuh yang menyeluruh dan serentak dari pihak-pihak lain.

C. Program Kader Asuh

1. Program

Pada dasarnya implementasi kebijakan adalah implementasi program seperti yang dikemukakan oleh Grindle (1980:6) bahwa: "*Implementation is that set of activities directed toward putting a program into effect.*" Menurut Tachjan (2006:31) kebijakan administratif yang masih berupa pernyataan-pernyataan umum yang berisikan tujuan, sasaran serta berbagai macam sarana agar dapat diimplementasikan perlu dijabarkan lagi ke dalam program-program yang bersifat

operasional. Program-program yang bersifat operasional adalah program-program yang isinya dengan mudah dapat dipahami dan dilaksanakan oleh pelaksana. Program tersebut tidak hanya berisi mengenai kejelasan tujuan atau sasaran yang ingin dicapai oleh pemerintah melainkan secara rinci telah menggambarkan pula alokasi sumber daya yang diperlukan kemudian kejelasan metode dan prosedur kerja yang harus ditempuh dan kejelasan standar yang harus dipedomani.

Sehubungan dengan program ini, Terry (1977:253) mengemukakan bahwa: *“A program can be defined as a comprehensive plan that includes future use of different resources in an integrated pattern and established a sequence of required actions and time schedules for each in order to achieve stated objectives. The makeup of a program can include objectives, policies, procedures, methods, standards, and budgets.”* Maksudnya, bahwa program merupakan rencana yang bersifat komprehensif yang sudah menggambarkan sumber daya yang akan digunakan dan terpadu dalam satu kesatuan. Program tersebut menggambarkan sasaran, kebijakan, prosedur, metode, standar, dan *budget* (anggaran).

Pendapat yang hamper sama dikemukakan oleh Siagian (1985:85) bahwa program tersebut harus memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Sasaran yang hendak dicapai
- 2) Jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan pekerjaan tertentu
- 3) Besarnya biaya yang diperlukan beserta sumbernya
- 4) Jenis-jenis kegiatan yang akan dilaksanakan
- 5) Tenaga kerja yang dibutuhkan baik ditinjau dari segi jumlahnya maupun dilihat dari sudut kualifikasi serta keahlian dan keterampilan yang diperlukan

Selanjutnya, Grindle (1980:11) mengemukakan bahwa isi (*content*) program tersebut harus menggambarkan: (1) kepentingan yang terpengaruhi oleh program, (2) jenis manfaat yang akan dihasilkan, (3) derajat perubahan yang

diinginkan, (4) status pembuat keputusan, (5) siapa pelaksana program dan (6) sumber daya yang digunakan.

Berdasarkan permasalahan pokok yang berkembang serta prioritas pemecahannya pada setiap unit administratif, Zwick dalam Djamaludin (1977:82) mengelompokkan program (rangkaian kegiatan pemecahan masalah) secara berjenjang yaitu:

- 1) Program *categories* merupakan suatu program struktur yang menggambarkan kerangka dasar yang mempertimbangkan pemecahan masalah-masalah utama dari tujuan atau sasaran dan skala prioritas operasinya
- 2) Program *sub-categories* merupakan perincian dari program *categories*, dan merupakan pengelompokan dari program *elements* yang menghasilkan *output* yang hampir sama atau serupa
- 3) Program *elements* merupakan kegiatan-kegiatan unit administratif yang secara langsung dikembangkan dengan *output* nyata atau sekelompok *output* yang saling berkaitan. Jadi program *elements* tersebut merupakan kesatuan-kesatuan dasar dari program struktur

Berdasarkan pengelompokan tersebut, Tachjan (2006:34) menyusun struktur program secara berjenjang ke dalam: Program Induk (yang menangani satu masalah utama), Kategori Program Utama, Program Utama, dan Program atau Kegiatan. Setiap kegiatan dijabarkan ke dalam rincian kegiatan, baik untuk setiap satuan kerja maupun untuk setiap orang yang terlibat dalam pelaksanaan. Struktur program dapat menggambarkan atau mencerminkan secara menyeluruh mengenai arah, strategi dan sasaran yang ditempuh oleh setiap unit administratif dalam memecahkan masalah-masalah yang berkembang serta tujuan-tujuan dan sasaran-sasaran yang akan dicapai.

Tachjan (2006:35) mengurutkan langkah-langkah pada tahap implementasi program sebagai berikut:

- 1) Merancang bangun (mendesain) program beserta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi kerja, biaya dan waktu
- 2) Melaksanakan (mengaplikasikan) program dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana dan sumber-sumber lainnya, prosedur-prosedur dan metode-metode yang tepat
- 3) Membangun sistem penjadwalan, monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna serta evaluasi (hasil) pelaksanaan kebijakan

Berdasarkan uraian tersebut Tachjan (2006:35) mengemukakan bahwa untuk mengukur kualitas program dapat dilakukan dari aspek struktur dan aspek isinya (*content*). Struktur program menggambarkan struktur permasalahan yang akan dipecahkan, sedangkan isi program menggambarkan volume (bobot) pekerjaan dan sumber dayanya.

Menurut Wibisono (1989), indikator keberhasilan program harus ditinjau dari setiap tahapan evaluasi antara lain:

- 1) Evaluasi *input* adalah tindakan menilai kesesuaian antara input program dengan tujuan program. *Input* adalah semua hal yang dibutuhkan untuk pelaksanaan kegiatan dalam rangka menghasilkan *output* dan tujuan program
- 2) Evaluasi *output* adalah kegiatan menilai sesuatu yang dihasilkan oleh suatu program dengan menggunakan *input* yang ada
- 3) Evaluasi *outcome* adalah kegiatan menilai manfaat yang diperoleh dari penggunaan *output* program
- 4) Evaluasi *impact* adalah kegiatan menilai dampak yang diperoleh dari *outcome* program

Indikator keberhasilan yang digunakan dalam Program Kader Asuh meliputi: (1) indikator *input* untuk mengukur jumlah sumber daya (anggaran, SDM dan sarana prasarana) yang digunakan untuk mencapai tujuan Program Kader Asuh, (2) indikator proses untuk menggambarkan aktivitas yang dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan Program Kader Asuh, (3) indikator *output* untuk

mengukur keluaran yang dihasilkan dari Program Kader Asuh, dan (4) indikator dampak untuk mengetahui sejauh mana pencapaian tujuan umum dari Program Kader Asuh.

2. Dasar Hukum Program Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:2) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, dasar hukum atau dasar pelaksanaan Program Kader Asuh adalah sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Dasar Tahun 1945 pasal 28 H ayat 1
- b. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak
- d. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 54 Tahun 2007 tentang Pedoman Pembentukan Pokjanal Pembinaan Posyandu
- e. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1457 Tahun 2003 tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten atau Kota
- f. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 128 Tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
- g. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 131 Tahun 2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- h. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor: 411.3/1116/SJ tanggal 13 Juni 2001 perihal Pedoman Umum Revitalisasi Posyandu
- i. Peraturan Daerah Kabupaten Pasuruan Nomor 2 Tahun 2009 tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) Kabupaten Pasuruan

- j. Keputusan Bupati Kabupaten Pasuruan Nomor 440/278/HK/424.013/2013 tentang Tim Pembina Pengembangan Desa atau Kelurahan Siaga Kabupaten Pasuruan Tahun 2013
- k. Keputusan Bupati Kabupaten Pasuruan Nomor 440/749/HK/424.013/2013 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Kader Asuh Kabupaten Pasuruan Tahun 2013

3. Pengertian Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:3) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, pengertian dari kader kesehatan dan kader asuh adalah sebagai berikut:

a. Kader Kesehatan

Kader adalah seseorang yang karena kecakapannya atau kemampuannya diangkat, dipilih atau ditunjuk untuk mengambil peran dalam kegiatan dan pembinaan posyandu dan telah mendapat pelatihan KB (Keluarga Berencana) dan Kesehatan (Depkes RI, 1993).

Kader kesehatan adalah tenaga kesehatan yang terdidik dan terlatih dalam bidang tertentu yang tumbuh ditengah-tengah masyarakat dan merasa berkewajiban untuk melaksanakan, meningkatkan dan membina kesejahteraan dengan rasa ikhlas tanpa pamrih dan didasarkan panggilan jiwa untuk melaksanakan tugas-tugas kemanusiaan (Depkes RI, 2000).

Sebagian kader kesehatan adalah wanita dan anggota PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga) yang sudah menikah dan berusia 20 sampai 40 tahun dengan pendidikan sekolah dasar (Depkes RI, 1995). Kader posyandu bertanggung jawab terhadap masyarakat setempat serta pimpinan-pimpinan yang

ditunjuk oleh pusat pelayanan kesehatan, diharapkan mereka dapat melaksanakan petunjuk yang diberikan oleh para pembimbing dalam jalinan kerja sama dari sebuah tim kesehatan (Heru, 1995).

Syarat-syarat menjadi kader kesehatan berdasarkan Depkes RI (1996), yaitu dapat membaca dan menulis dengan bahasa Indonesia, secara fisik dapat melaksanakan tugas-tugas sebagai kader, mempunyai penghasilan sendiri dan tinggal tetap di desa yang bersangkutan, aktif dalam kegiatan-kegiatan sosial maupun pembangunan desanya, dikenal masyarakat dan dapat bekerja sama dengan masyarakat calon kader lainnya dan berwibawa, sanggup membina paling sedikit 10 KK (Kepala Keluarga) untuk meningkatkan keadaan kesehatan lingkungan, dan diutamakan mempunyai keterampilan. Sedangkan menurut dr. Ida Bagus (2003), persyaratan bagi seorang kader antara lain adalah warga yang bisa membaca dan menulis, merupakan penduduk yang tinggal di desa tersebut, berasal dari masyarakat setempat dan diterima oleh masyarakat setempat, tidak sering meninggalkan tempat untuk waktu yang lama serta masih cukup waktu bekerja untuk masyarakat di samping mencari nafkah lain.

Peranan kader dalam kegiatan posyandu sangat besar. Menurut Depkes RI (2000) ada dua peran kader yaitu:

- 1) Peran kader saat posyandu (sesuai dengan sistem lima meja) adalah:
 - a) Melaksanakan pendaftaran (pada meja I)
 - b) Melaksanakan penimbangan bayi dan balita (pada meja II)
 - c) Melaksanakan pencatatan hasil penimbangan (pada meja III)
 - d) Memberikan penyuluhan (pada meja IV)

- e) Memberi dan membantu pelayanan yang dilakukan oleh petugas puskesmas (pada meja V)
- 2) Peran kader di luar posyandu adalah:
 - a) Menunjang pelayanan KB (Keluarga Berencana), KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), imunisasi, gizi dan penanggulangan diare
 - b) Mengajak ibu-ibu untuk datang pada hari kegiatan posyandu
 - c) Menunjang upaya kesehatan lainnya yang sesuai dengan permasalahan yang ada, seperti pemberantasan penyakit menular, penyehatan rumah, pembersihan sarang nyamuk, pembuangan sampah, penyediaan sarana air bersih, menyediakan sarana jamban keluarga, pemberian pertolongan pertama pada penyakit, P3K (Pertolongan Pertama pada Kecelakaan) dan dana sehat

b. Kader Asuh

Kader asuh adalah kader kesehatan yang kegiatannya lebih fokus pada pendampingan dan pemantauan terhadap sasaran kesehatan yang ditentukan dalam satu wilayah posyandu.

Kader asuh lebih mengoptimalkan peran kader di luar posyandu melalui pola *surveilans* KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan kondisi kesehatan masyarakat secara umum, yang terfokus pada keluarga binaannya. Kader tersebut memiliki tanggung jawab terhadap permasalahan kesehatan yang ada di wilayah keluarga binaannya, terutama masalah kesehatan ibu dan anak.

4. Tujuan Program Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:6) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, tujuan dari Program Kader Asuh dibagi menjadi dua yaitu:

a. Tujuan Umum

Mengoptimalkan peran serta kader kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

b. Tujuan Khusus

- 1) Menurunkan AKI dan AKB
- 2) Meningkatkan cakupan pemeriksaan ibu hamil
- 3) Meningkatkan cakupan deteksi dini ibu hamil resiko tinggi
- 4) Meningkatkan monitoring terhadap kesehatan ibu hamil ke tenaga kesehatan
- 5) Meningkatkan persalinan ibu hamil ke tenaga kesehatan
- 6) Meningkatkan cakupan partisipasi masyarakat di posyandu
- 7) Meningkatkan cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak
- 8) Meningkatkan cakupan sanitasi dasar
- 9) Meningkatkan cakupan gizi

5. Sasaran Program Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:6) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, terdapat delapan sasaran dari Program Kader Asuh antara lain:

- a. Ibu hamil
- b. Ibu nifas

- c. Ibu menyusui
- d. Ibu balita
- e. Bayi
- f. Balita
- g. Pasangan Usia Subur (PUS)
- h. Keluarga

6. Manfaat Program Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:7) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, manfaat dari Program Kader Asuh adalah sebagai berikut:

a. Manfaat bagi Masyarakat

- 1) Semua balita diperiksa DDTK (Deteksi Dini Tumbuh Kembang) tiap bulan
- 2) Semua balita mendapatkan imunisasi lengkap
- 3) Semua ibu hamil diperiksa kehamilannya dan bersalin di ibu bidan
- 4) Tidak ada kasus ibu hamil resiko tinggi yang tidak segera tertangani
- 5) Tidak ada persalinan yang ditolong dukun bayi
- 6) Kasus kesehatan lainnya bisa ditangani lebih cepat

b. Manfaat bagi Kader

- 1) Tugas lebih ringan karena hanya sesuai dengan pembagian sasaran
- 2) Kader lebih fokus pada sasaran asuhannya sehingga tidak ada lagi kader yang tidak mengetahui sasarannya
- 3) Bertambahnya pengetahuan kader

- 4) Terjalannya hubungan yang kooperatif antar kader satu dengan kader lainnya
- 5) Kader akan lebih dikenal oleh masyarakat (eksis) karena sering terjun untuk menolong masyarakat

c. Manfaat bagi Puskesmas

- 1) Bidang Promkes (Promosi Kesehatan)
 - a) Mudah melakukan SMD (Survei Mawas Diri), intervensi dan RTL MMD (Rencana Tindak Lanjut Musyawarah Masyarakat Desa)
 - b) Mudah melakukan koordinasi untuk ambulans desa
 - c) Mudah menjalankan tabulin (Tabungan Ibu Bersalin) atau dasolin (Dana Sosial Bersalin) atau dansoskes (Dana Sosial Kesehatan) forum desa dengan aktif
- 2) Bidang KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) dan Gizi
 - a) Mendeteksi dini ibu hamil resiko tinggi
 - b) Dapat mempersiapkan rujukan kepada ibu hamil resiko tinggi
 - c) Semua ibu hamil bersalin ke tenaga kesehatan sehingga tidak ada yang bersalin ke dukun lagi
 - d) Berjalannya P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)
 - e) Dapat mengantisipasi gizi buruk
 - f) Semua bayi dan balita ditimbang
 - g) Dapat segera mendeteksi atau menindaklanjuti keluarga yang rawan gizi buruk

- 3) Bidang Kesling (Kesehatan Lingkungan) dan PMK (Pengendalian Masalah Kesehatan)
 - a) Dapat mencapai sarana kesehatan lingkungan
 - b) Menunjang kegiatan STBM (Sanitasi Total Berbasis Masyarakat)
 - c) Dapat mencapai UCI (*Universal Child Immunization*) desa sehingga mudah melakukan sub PIN (Pekan Imunisasi Nasional)
 - d) *Surveillance* (pengawasan) berjalan sehingga dapat menekan kasus KLB (Kejadian Luar Biasa)

7. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:11) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan Tahun 2013, keberhasilan Program Kader Asuh dapat dilihat dari empat indikator, yaitu:

a. Indikator Masukan (*Input*)

- 1) Ada atau tidaknya Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh
- 2) Ada atau tidaknya Buku Catatan Cerdas Kader Asuh
- 3) Ada atau tidaknya kader asuh di desa atau kelurahan
- 4) Ada atau tidaknya kader asuh yang sudah dilatih di desa atau kelurahan
- 5) Ada atau tidaknya dukungan dana bagi kesehatan ibu dan balita di desa atau kelurahan

b. Indikator Proses (*Process*)

- 1) Ada atau tidaknya pertemuan Program Kader Asuh Tingkat Desa atau Kelurahan
- 2) Ada atau tidaknya pemetaan sasaran pendampingan kader asuh
- 3) Ada atau tidaknya pendampingan keluarga binaan oleh kader asuh

- 4) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan kesehatan bayi dan balita
- 5) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan kesehatan ibu hamil
- 6) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan ibu hamil resiko tinggi
- 7) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan sanitasi dasar
- 8) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan status gizi
- 9) Ada atau tidaknya intervensi terhadap permasalahan yang ada

c. Indikator Keluaran (*Output*)

- 1) Frekuensi pertemuan Program Kader Asuh tingkat desa atau kelurahan
- 2) Prosentase balita BGM (Bawah Garis Merah) yang terpantau
- 3) Prosentase ibu hamil resiko tinggi terpantau
- 4) Prosentase ibu hamil yang ikut kelas ibu hamil terpantau
- 5) Prosentase ibu hamil yang mempunyai tabulin (Tabungan Ibu Bersalin)
- 6) Prosentase pemasangan stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)
- 7) Prosentase akseptor KB (Keluarga Berencana)
- 8) Prosentase akses sanitasi dasar
- 9) Prosentase akses konsumsi garam beryodium
- 10) Prosentase ASI eksklusif
- 11) Prosentase intervensi yang dilakukan terhadap permasalahan kesehatan yang ada

d. Indikator Dampak (*Outcome*)

- 1) Menurunkan AKI dan AKB
- 2) Meningkatkan cakupan pemeriksaan ibu hamil
- 3) Meningkatkan cakupan deteksi dini ibu hamil resiko tinggi

- 4) Meningkatkan monitoring terhadap kesehatan ibu hamil
- 5) Meningkatkan persalinan ibu hamil ke tenaga kesehatan
- 6) Meningkatkan cakupan partisipasi masyarakat di posyandu
- 7) Meningkatkan cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak
- 8) Meningkatkan cakupan sanitasi dasar
- 9) Meningkatkan cakupan gizi



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif.

Menurut Usman dan Akbar (2009:129) kata deskriptif berasal dari bahasa inggris "*descriptive*" yang berarti bersifat menggambarkan dan melukiskan, dalam hal ini sebenarnya berupa gambar-gambar atau foto-foto yang didapat dari data lapangan atau penelitian yang menjelaskan hasil penelitian dengan gambar-gambar dan dapat pula berarti menjelaskannya dengan kata-kata. Sedangkan pengertian kualitatif menurut Usman dan Akbar (2009:78) adalah metode yang lebih berdasarkan pada filsafat fenomenologis yang mengutamakan penghayatan. Menurut Usman dan Akbar (2001:81) alat pengumpul data atau instrumen penelitian dalam metode kualitatif ialah si peneliti sendiri. Jadi peneliti merupakan *key instrument*, dalam mengumpulkan data si peneliti harus terjun sendiri ke lapangan secara aktif. Teknik pengumpulan data yang sering digunakan ialah observasi partisipasi, wawancara dan dokumentasi. Teknik angket tidak digunakan dalam pengumpulan data.

Menurut Usman dan Akbar (2009:130) penelitain deskriptif kualitatif diuraikan dengan kata-kata menurut pendapat responden, apa adanya sesuai dengan pertanyaan penelitiannya, kemudian dianalisis pula dengan kata-kata apa yang melatarbelakangi responden berperilaku (berpikir, berperasaan, dan bertindak) seperti itu tidak seperti lainnya, direduksi, ditriangulasi, disimpulkan

(diberi makna oleh peneliti) dan diverifikasi (dikonsultasikan kembali kepada responden dan teman sejawat.

Dengan demikian penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kualitatif lebih mengandalkan peneliti dalam mencari data penelitian dengan menggunakan bantuan orang lain sebagai alat pengumpul data utama dari permasalahan yang diteliti. Dalam penelitian ini alat pengumpul data utama yaitu Pegawai Dinas Kabupaten Pasuruan, Pegawai Puskesmas Beji, Kader dan Bidan Desa.

Dalam penelitian ini, peneliti berusaha memahami tentang Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan. Analisis deskriptif dengan menggunakan pendekatan ini juga akan membahas mengenai faktor-faktor pendukung dan penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan.

B. Fokus Penelitian

Dalam sebuah penelitian terdapat permasalahan yang cukup luas untuk diteliti secara menyeluruh sehingga memerlukan sebuah batasan masalah penelitian. Penentuan fokus penelitian dapat menghindarkan biasanya data agar berfokus pada hal yang esensial sehingga memudahkan peneliti dalam melakukan pembahasan dan penarikan kesimpulan.

Menurut Moleong (2007:4) bahwa penentuan fokus suatu penelitian memiliki dua tujuan, antara lain:

1. Penentuan fokus membatasi studi yang berarti bahwa dengan adanya fokus, penentuan tempat penelitian menjadi lebih layak

2. Penetapan fokus berfungsi untuk memenuhi kriteria inklusi-eksklusi atau kriteria masuk-keluar (*inclusion-exclusion criteria*) suatu informasi yang baru diperoleh di lapangan

Berkaitan dengan hal tersebut maka dalam pelaksanaan penelitian ini, peneliti menetapkan fokus penelitian sebagai berikut:

1. Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

- a. Aktor-Aktor Pelaksana Program Kader Asuh

Aktor-aktor pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan terdiri dari:

- 1) Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan
- 2) Pegawai Puskesmas Beji
- 3) Kader dan Bidan Desa
- 4) Aktor Lintas Sektor

- b. Koordinasi atau Hubungan Aktor-Aktor dalam Implementasi Program Kader Asuh

Koordinasi atau hubungan aktor-aktor dalam Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan dilakukan melalui sosialisasi pada saat pertemuan Rakor (Rapat Koordinasi) yang terdiri dari:

- 1) Rakor di Tingkat Kabupaten
- 2) Rakor di Tingkat Kecamatan
- 3) Rakor di Tingkat Desa

c. Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh

Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Kabupaten

Pasuruan terdiri dari tiga tahapan yaitu:

- 1) Persiapan
- 2) Pelaksanaan
- 3) Monitoring dan Evaluasi

d. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh

Indikator keberhasilan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji

Kabupaten Pasuruan terdiri dari empat indikator yaitu:

- 1) Indikator Masukan (*Input*)
- 2) Indikator Proses (*Process*)
- 3) Indikator Keluaran (*Output*)
- 4) Indikator Dampak (*Outcome*)

2. Faktor-Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

a. Faktor Pendukung

- 1) Internal
 1. Adanya bantuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan
 2. Adanya minat yang tinggi dari para kader
- 2) Eksternal
 1. Adanya sambutan yang baik dari masyarakat
 2. Adanya dukungan dari organisasi masyarakat

b. Faktor Penghambat

1) Internal

- a) Kurangnya dana dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang diberikan kepada para kader
- b) Tidak adanya penghargaan (*reward*) untuk kader

2) Eksternal

- a) Banyaknya masyarakat pendatang dari luar Kecamatan Beji
- b) Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh

C. Lokasi dan Situs Penelitian

Lokasi penelitian merupakan tempat peneliti melakukan penelitian. Lokasi penelitian ini adalah Puskesmas Beji, Kabupaten Pasuruan. Sedangkan situs penelitian merupakan letak sebenarnya di mana peneliti melakukan penelitian untuk mendapatkan data-data yang dibutuhkan dalam penelitian yang valid dan akurat. Situs penelitian dalam penelitian ini berada di Dusun Luwung, Desa Beji, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan. Alasan peneliti memilih lokasi tersebut karena Puskesmas Beji merupakan salah satu puskesmas di Kabupaten Pasuruan yang menerapkan Program Kader Asuh.

D. Sumber dan Jenis Data

1. Sumber Data

Sumber data dalam penelitian menurut Arikunto (2002:107) adalah subjek asal data dapat diperoleh. Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari:

a. Wawancara

Wawancara adalah suatu cara mengumpulkan data dengan cara mengajukan pertanyaan langsung kepada seorang informan yang berwenang dalam suatu masalah. Informan dalam penelitian ini meliputi:

- 1) Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yaitu Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat
- 2) Pegawai Puskesmas Beji yaitu Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) dan Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
- 3) Bidan Desa di Desa Gunungsari dan Desa Cangkringmalang
- 4) Kader Desa di Desa Gunungsari dan Desa Cangkringmalang
- 5) Masyarakat di Desa Gunungsari

b. Observasi

Observasi adalah metode pengumpulan data melalui pengamatan langsung atau peninjauan secara cermat dan langsung di lapangan atau lokasi penelitian.

Saat melakukan observasi, peneliti melakukan kegiatan sebagai berikut:

- 1) Merekam pembicaraan
- 2) Merekam berbagai kegiatan secara visual
- 3) Merekam kegiatan objek penelitian secara audio-visual
- 4) Mencatat hasil penelitian

c. Dokumentasi

Dokumentasi adalah salah satu metode pengumpulan data kualitatif dengan melihat atau menganalisis dokumen-dokumen yang dibuat oleh subjek sendiri atau oleh orang lain tentang subjek. Dalam penelitian ini, sumber data yang berasal dari dokumentasi adalah:

- 1) Peraturan-peraturan
- 2) Laporan-laporan
- 3) Arsip-arsip
- 4) Catatan-catatan resmi atau tertulis

2. Jenis Data

a. Data Primer

Data Primer adalah data yang diperoleh langsung dari sumber asli dan tidak melalui perantara. Data primer dalam penelitian ini berupa:

- 1) Catatan hasil wawancara
- 2) Hasil observasi ke lapangan secara langsung dalam bentuk catatan tentang situasi dan kejadian
- 3) Data-data mengenai informan yang meliputi Pegawai Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Pegawai Puskesmas Beji, Bidan Desa, Kader dan Masyarakat

b. Data Sekunder

Data sekunder adalah data yang bersumber dari media perantara (diperoleh dan dicatat pihak lain). Data sekunder dalam penelitian ini adalah peraturan-peraturan, arsip-arsip, laporan-laporan, catatan-catatan resmi atau tertulis dari

Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Puskesmas Beji.

E. Teknik Pengumpulan Data

Menurut Usman dan Akbar (2009:52) teknik pengumpulan data terdiri atas observasi (*observation*), wawancara (*interview*), angket (*questionary*) dan dokumentasi (*documentation*). Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan, antara lain:

1. Observasi

Menurut Usman dan Akbar (2009:52). Observasi (*observation*) yaitu pengamatan dan pencatatan yang sistematis terhadap gejala-gejala yang diteliti. Observasi menjadi salah satu teknik pengumpulan data apabila sesuai dengan tujuan penelitian, direncanakan dan dicatat secara sistematis serta dapat dikontrol keadaan (reliabilitas) dan kesahihannya (validitasnya). Dalam menggunakan teknik observasi yang terpenting ialah mengandalkan pengamatan dan ingatan si peneliti. Observasi yang peneliti dapat saat melakukan penelitian ini berupa:

- a. Foto hasil pencatatan register bayi atau balita di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 119)
- b. Foto hasil pencatatan register ibu hamil di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 119)
- c. Foto hasil pencatatan monitoring ibu hamil resiko tinggi (resti) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 120)
- d. Foto hasil pencatatan register KK (Kepala Keluarga) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 121)

- e. Foto stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 125)
- f. Foto data lokasi kegiatan Program Kader Asuh tahun 2013 sampai 2017 (lihat hal. 168)
- g. Foto Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 6 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) di Kabupaten Pasuruan (lihat hal. 169 sampai 180)

2. Wawancara

Menurut Usman dan Akbar (2009:55) wawancara (*interview*) ialah tanya jawab lisan antara dua orang atau lebih secara langsung. Pewawancara disebut *interviewer*, sedangkan orang yang diwawancarai disebut *interviewee* atau disebut juga responden. Tujuan dari wawancara adalah untuk mendapatkan data dari tangan pertama (*primer*). Objek wawancara dalam penelitian ini meliputi:

- a. Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan
- b. Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) dan Ibu Sarlik Utami selaku Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) di Puskesmas Beji
- c. Ibu Ika Wahyuni selaku Bidan Desa di Desa Gunungsari
- d. Ibu Siti Aminah selaku Bidan Desa di Desa Cangkringmalang
- e. Ibu Sujati dan Ibu Sri Rahayu selaku Kader di Desa Gunungsari serta Ibu Nurul Aini selaku Kader di Desa Cangkringmalang
- f. Ibu Indri Chumairoh selaku masyarakat di Desa Gunungsari

3. Dokumentasi

Menurut Usman dan Akbar (2009:69), teknik pengumpulan data dengan dokumentasi ialah pengambilan data yang diperoleh melalui dokumen-dokumen. Dalam penelitian ini, dokumen yang digunakan berupa peraturan-peraturan baik peraturan daerah, peraturan bupati maupun peraturan desa, arsip-arsip, laporan-laporan, catatan-catatan resmi yang berasal dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Puskesmas Beji. Data-data yang dikumpulkan dengan teknik dokumentasi cenderung merupakan data sekunder sedangkan data-data yang dikumpulkan dengan teknik observasi, wawancara dan angket cenderung merupakan data primer atau data langsung yang didapat dari pihak pertama. Dalam penelitian ini, sumber data yang berasal dari dokumentasi adalah:

- a. Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 6 Tahun 2010 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak (KIBBLA) di Kabupaten Pasuruan
- b. Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh dan Buku Catatan Cerdas Kader Asuh
- c. Jurnal berisi profil Kabupaten Pasuruan dan profil Puskesmas Beji
- d. Data lokasi kegiatan Program Kader Asuh tahun 2013 sampai 2017
- e. Gambar atau foto tentang kegiatan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat bantu untuk mengumpulkan data dan informasi yang diperlukan oleh peneliti pada saat penelitian. Menurut Arikunto (2006:150) instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan peneliti

dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik dalam arti lebih cermat, lengkap serta sistematis dan mudah diolah. Dalam pengumpulan data digunakan instrument sebagai berikut:

1. Peneliti Sendiri

Yaitu dengan menggunakan panca indra sendiri untuk mengamati fenomena-fenomena yang ada di lapangan dan wawancara dengan kelompok sasaran yang berkaitan dengan fokus penelitian.

2. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara menggunakan daftar pertanyaan yang telah dibuat sebelumnya dan digunakan untuk wawancara dengan pihak-pihak yang terkait agar wawancara yang dilakukan sesuai dengan topik penelitian.

3. Catatan Lapangan

Yaitu catatan di lapangan untuk mencatat hasil wawancara dan pengamatan selama melakukan penelitian.

4. Metode Dokumentasi

Berupa dokumen-dokumen yang ada di tempat penelitian ataupun di tempat lain yang berisi data-data pendukung yang dapat digunakan sebagai sumber penelitian. Dalam penelitian ini penulis menggunakan alat tulis menulis dan fotokopi dokumentasi untuk mendapatkan data.

G. Metode Analisa

Teknik analisis data menurut Patton yang dikutip Moleong (2007:280) adalah proses kategori urutan data, mengorganisasikannya ke dalam suatu pola, kategori dan satuan uraian kasar, membedakannya dengan penafsiran yaitu

memberikan arti yang signifikan terhadap analisis, menjelaskan pola uraian dan mencari hubungan di antara dimensi-dimensi uraian.

Menurut Usman dan Akbar (2009:85) ada lima versi dalam analisis data, yaitu versi (1) Milles dan Huberman, (2) Keesee, (3) Bogdan dan Biklen, (4) Supradley dan (5) Taylor dan Renner. Teknik analisis data dalam penelitian ini menggunakan model analisis Milles dan Huberman.

Dalam bukunya, Milles dan Huberman (1992:16) menyatakan bahwa analisis data kualitatif dari tiga jalur kegiatan yang terjadi secara bersamaan, yaitu reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan atau verifikasi. Sebelum dilakukan ketiga alur analisis tersebut, harus dilakukan pengumpulan data. Alur kegiatan analisis data dalam penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif dalam Miles dan Huberman (1992:16), meliputi:

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah data yang terkumpul dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi.

2. Reduksi Data

Reduksi data diartikan sebagai proses pemilihan, pemusatan perhatian atau penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data kasar yang muncul dari catatan-catatan tertulis di lapangan. Reduksi data merupakan suatu bentuk analisis yang menajamkan, menggolongkan, mengarahkan, membuang yang tidak perlu dan mengorganisasi data dengan cara sedemikian rupa sehingga kesimpulan-kesimpulan akhirnya dapat ditarik dan diverifikasi. Data yang diperoleh dari lapangan tersebut kemudian diteliti dengan cara klasifikasi data dan selanjutnya dipilih mana yang

relevan dan mana yang tidak relevan dengan permasalahan dan fokus penelitian. Reduksi data berlangsung terus menerus selama kegiatan penelitian kualitatif berlangsung sehingga diharapkan nantinya akan diklasifikasikan dan diperoleh suatu verifikasi yang jelas dan terarah.

3. Penyajian Data (*Display data*)

Penyajian data (*Display data*) merupakan sekumpulan informasi tersusun yang memberi kemungkinan adanya penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan. Dengan penyajian data, kita akan dapat memahami apa yang sedang terjadi dan apa yang harus kita lakukan, lebih jauh menganalisis atukah mengambil tindakan berdasarkan atas pemahaman yang didapat dari penyajian-penyajian tersebut. Hal ini dilakukan agar memudahkan bagi peneliti untuk melihat gambaran secara keseluruhan atau bagian-bagian tertentu dari data penelitian sehingga dari data tersebut dapat ditarik kesimpulan. Oleh karenanya dalam penelitian ini peneliti akan menyajikan data dalam bentuk tabel-tabel, skema dan bentuk naratif atau kumpulan kalimat.

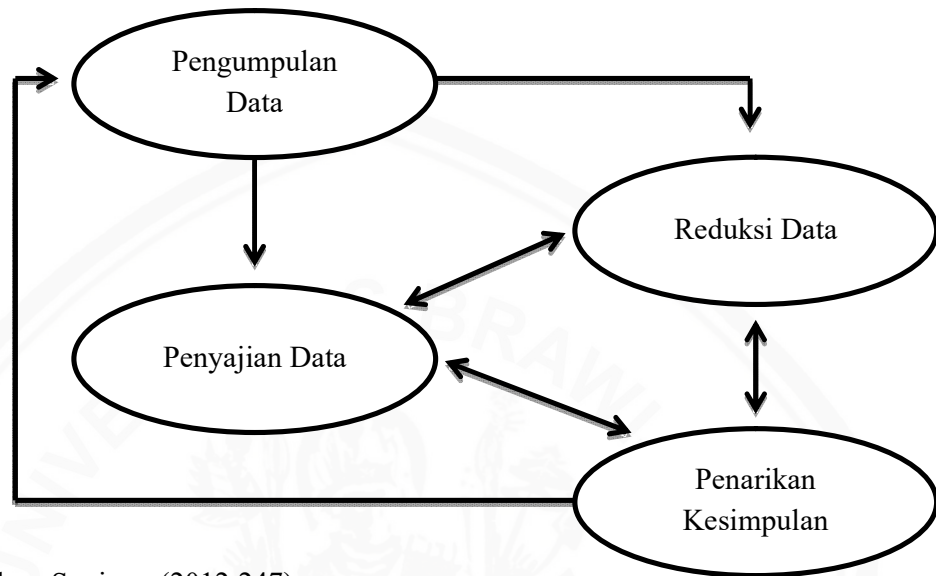
4. Penarikan Kesimpulan atau Verifikasi

Penarikan kesimpulan atau verifikasi data dalam penelitian kualitatif dilakukan secara terus-menerus selama proses penelitian berlangsung. Data yang diperoleh disajikan sedemikian rupa, kemudian dilakukan analisis terhadap data tersebut. Dari hasil-hasil data-data yang dikumpulkan dan dianalisa itu dapat ditarik kesimpulan. Kemudian kesimpulan yang telah ditarik akan diverifikasikan, baik berdasarkan kerangka pikir penelitian maupun berdasarkan catatan-catatan yang ada,

agar mempunyai validitas dan mencapai konsensus pada tingkat optimal antara peneliti dengan sumber informan.

Untuk memperjelas model analisis data Milles dan Huberman dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 3.1 : Analisis Data Model Interaktif Milles dan Huberman



Sumber: Sugiono (2012:247)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

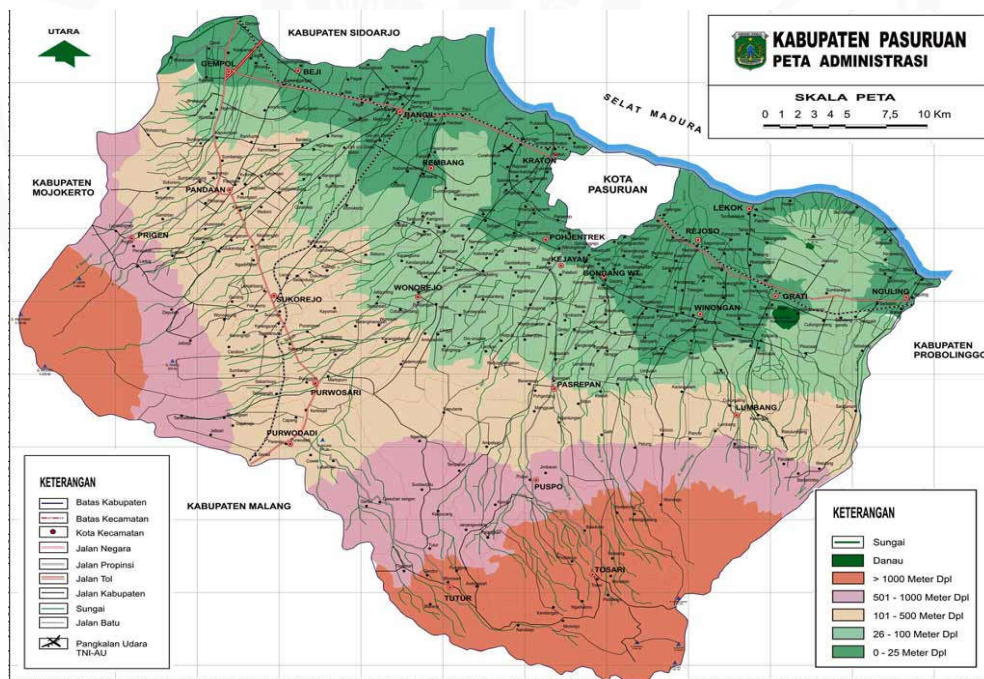
1. Gambaran Umum Kabupaten Pasuruan

a. Kondisi Geografis

1) Letak Geografis

Secara astronomis, Kabupaten Pasuruan terletak pada $112,30^{\circ}$ BT- $113,30^{\circ}$ BT dan 73° LS- 83° LS. Wilayahnya (di atas permukaan laut) merupakan dataran rendah hingga dataran tinggi dengan ketinggian mulai 0 meter di bawah permukaan laut hingga lebih dari 1000 meter di bawah permukaan laut dengan kondisi permukaan tanah yang agak miring ke timur dan utara antara 0-3 persen.

Gambar 4.1 : Peta Kabupaten Pasuruan



Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

Berdasarkan data dari Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan, Kabupaten Pasuruan memiliki batas wilayah sebagai berikut:

- a) Sebelah Utara : Kabupaten Sidoarjo dan Selat Madura
- b) Sebelah Timur : Kabupaten Probolinggo
- c) Sebelah Selatan : Kabupaten Malang
- d) Sebelah Barat : Kabupaten Mojokerto

Kabupaten Pasuruan berada di wilayah tapal kuda Provinsi Jawa Timur dengan posisi yang sangat strategis di kawasan segitiga emas sebagai poros distribusi ekonomi tiga kawasan, yaitu jalur Surabaya-Jember-Banyuwangi-Bali, Surabaya-Malang dan Malang-Jember-Banyuwangi. Luas wilayah Kabupaten Pasuruan seluas 1.474,015 Km² atau 147.401,50 Ha (3,13 persen luas Provinsi Jawa Timur) yang secara administratif terdiri dari 24 kecamatan, 24 kelurahan, 341 desa, 1.969 dusun, 2991 Rukun Warga (RW) dan 8.563 Rukun Tetangga (RT).¹

2) Iklim

Lokasi Kabupaten Pasuruan berada di sekitar garis khatulistiwa maka seperti daerah yang lain, Kabupaten Pasuruan mempunyai perubahan iklim sebanyak dua jenis setiap tahunnya yaitu musim kemarau dan musim penghujan. Bulan Oktober sampai April merupakan musim penghujan sedangkan Bulan Mei sampai September merupakan musim kemarau.

¹ Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

3) Jenis Tanah

Jenis-jenis tanah yang tersebar di Kabupaten Pasuruan antara lain:

- a) Tanah Alluvial adalah tanah endapan yang terbentuk dari material halus hasil pengendapan aliran sungai di dataran rendah atau lembah.
- b) Tanah Regosol adalah tanah berbutir kasar dan berasal dari material gunung api.
- c) Tanah Grumosol adalah tanah yang terbentuk dari material tanah mediteran (tanah kapur) yang terbentuk dari batu kapur yang mengalami pelapukan.
- d) Tanah Mediteran (tanah kapur) adalah tanah yang terbentuk dari batu kapur yang mengalami pelapukan.
- e) Tanah Latusol adalah tanah yang banyak mengandung zat besi dan aluminium. Tanah ini sudah sangat tua sehingga kesuburannya rendah.
- f) Tanah Andosol (tanah vulkanis) adalah tanah yang berasal dari abu hasil letusan gunung berapi yang sudah mengalami proses pelapukan.
- g) Wilayah berdasarkan drainase tanah terbagi menjadi tanah tidak pernah tergenang, tanah tergenang periodik, tanah tergenang terus-menerus.

b. Kondisi Geologi

Jenis geologi di Kabupaten Pasuruan dapat dikelompokkan dalam tiga kelompok besar yaitu: batuan permukaan, batuan sedimen dan batuan gunung api. Dengan banyaknya jenis batuan yang ada, menunjukkan bahwa Kabupaten Pasuruan merupakan daerah yang cukup kaya. Dilihat dari struktur geologi, Kabupaten Pasuruan terbagi atas dua kelompok besar yaitu gunung api kuarter

muda (*young quarternary*) sebesar 52,43 persen dan kuarter tua (*old quarternary*) sebesar 34,95 persen.

Potensi hidrografi (ada enam sungai besar) di Kabupaten Pasuruan merupakan peluang yang sangat besar bagi pembangunan baik untuk keperluan air minum, irigasi, pariwisata dan industri. Ada danau dan sejumlah mata air di Kabupaten Pasuruan yaitu Danau Ranu Grati, Sumber Air Umbulan dan Sumber Air Banyu Biru. Dengan kapasitas debit air sebesar 5.650 liter per detik, Sumber Air Umbulan mampu menyuplai kebutuhan air bersih untuk Kota Surabaya, Kota Pasuruan, Gresik dan Sidoarjo. Wilayah Kabupaten Pasuruan terdiri dari:²

- 1) Pantai, ketinggian antara 0-12,5 mdpl (meter di bawah permukaan laut) seluas 18.819,04 ha (12,77 persen wilayah Kabupaten Pasuruan)
- 2) Dataran Rendah, ketinggian 12,5-500 mdpl (meter di bawah permukaan laut) seluas 80.169,44 ha (54,39 persen wilayah Kabupaten Pasuruan)
- 3) Perbukitan, ketinggian 500-1.000 mdpl (meter di bawah permukaan laut) seluas 21.877,17 ha (14,84 persen wilayah Kabupaten Pasuruan)
- 4) Pegunungan, ketinggian 1.000-2.000 mdpl (meter di bawah permukaan laut) seluas 18.615,08 ha (12,63 persen wilayah Kabupaten Pasuruan)
- 5) Wilayah dengan ketinggian > 2.000 mdpl (meter di bawah permukaan laut) seluas 7.920,77 ha (5,73 persen wilayah Kabupaten Pasuruan)

c. Kondisi Demografi

Berdasarkan kesepakatan antara BPN (Badan Pertanahan Nasional), BPS (Badan Pusat Statistik), dan Bappeda (Badan Perencanaan Pembangunan Daerah), Kabupaten Pasuruan mempunyai luas wilayah seluas 1.474,02 Km² dengan

² Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

jumlah penduduk pada tahun 2015 sebanyak 1.581.787 jiwa yang terdiri dari 783.410 penduduk laki-laki dan 798.377 penduduk perempuan. Angka sex ratio penduduk Kabupaten Pasuruan adalah sebesar 98,13. Sex ratio adalah banyaknya penduduk laki-laki dalam 100 orang perempuan.

Dari 24 Kecamatan yang berada di wilayah Kabupaten Pasuruan, wilayah Kecamatan Lumbang mempunyai luas paling besar yaitu 125,55 Km² dengan jumlah penduduk hanya sebanyak 33.468 jiwa, sehingga memiliki kepadatan penduduk sebesar 267 jiwa/Km.² Kecamatan Prigen luas wilayahnya 121,90 Km² dengan jumlah penduduk 85.427 jiwa serta kepadatannya 701 jiwa/Km.² sedangkan Kecamatan Purwodadi mempunyai luas wilayah sebesar 102,46 Km.² mempunyai penduduk sebanyak 67.929 jiwa sehingga kepadatan penduduknya sebesar 663 jiwa/Km.²

Kepadatan penduduk yang tertinggi ada di Kecamatan Pandaan, Kecamatan Pohjentrek, dan Kecamatan Gondangwetan masing-masing sebesar 2.616 jiwa/Km.² 2.492 jiwa/Km² dan sebesar 2.174 jiwa/Km.² Sedangkan kepadatan penduduk yang terkecil dicapai oleh Kecamatan Tosari, Kecamatan Lumbang, dan Kecamatan Puspo dengan kepadatan penduduk sebesar 193 jiwa, 267 jiwa dan 476 jiwa setiap kilometer persegi. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa persebaran penduduk di wilayah Kabupaten Pasuruan belum merata.

Jumlah rumah tangga yang ada di Kabupaten Pasuruan dari tahun ke tahun selalu mengalami peningkatan. Pada tahun 2015, jumlah rumah tangga di Kabupaten Pasuruan sebanyak 432.155 rumah tangga, mengalami peningkatan sebesar 0,48 persen dibandingkan dengan tahun sebelumnya yang hanya berjumlah sekitar 430.075 rumah tangga. Jumlah rumah tangga tahun 2011-2013

sebanyak 423.498 rumah tangga, 425.645 rumah tangga dan terakhir sebanyak 426.568 rumah tangga.

Dilihat dari penduduk menurut kelompok umur, kelompok terbanyak ada di kelompok umur 15-19 yaitu sebanyak 139.162 jiwa dan pada kelompok umur 10-14 sebanyak 134.151 jiwa. Sedangkan kelompok umur yang paling kecil adalah di kelompok umur 75 tahun lebih, hanya sebanyak 22.798 jiwa. Hal ini bisa menjadikan upaya pemerintah untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat golongan tua, agar bisa meningkatkan usia harapan hidup di Kabupaten Pasuruan.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan, jumlah penduduk bekerja pada tahun 2015 mencapai 762.757 orang atau mengalami penurunan sebesar -3,40 persen jika dibandingkan dengan tahun 2014 yang hanya mencapai 806.291 orang. Sementara Tingkat Partisipasi Angkatan Kerja (TPAK) pada tahun 2015 adalah sebesar 67,70 persen, dimana tahun 2014 dan tahun 2013 masing-masing sebesar 70,91 persen dan sebesar 70,72 persen. Tingkat Pengangguran Terbuka (TPT) pada tahun 2015 adalah sebesar 6,41 persen dimana tahun sebelumnya adalah sebesar 4,43 persen pada tahun 2014 dan sebesar 4,34 persen pada tahun 2013. Angkatan Kerja pada tahun 2015 adalah sebanyak 815.028 orang, tahun sebelumnya sebanyak 843.685 orang pada tahun 2014 dan tahun 2013 sebanyak 831.812 orang.³

d. Kondisi Sosial

1) Pendidikan

Dalam Tahun Ajaran 2014/2015 siswa TK tercatat 30.585 siswa, terdiri dari 15.812 siswa laki-laki dan sebanyak 14.773 siswa perempuan. Jumlah

³ Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

sekolah Taman Kanak-Kanak ada sebanyak 626 unit di seluruh wilayah Kabupaten Pasuruan, dengan jumlah kelas sebanyak 1.360 kelas. Sedangkan ditinjau dari para pendidik di sekolah tingkat pra wajib belajar, jumlah guru TK di Kabupaten Pasuruan ada sebanyak 2.495 orang. Jumlah Taman Kanak- Kanak terbanyak ada di Kecamatan Sukorejo dan Kecamatan Puspo (masing-masing sebanyak 48 TK), Kecamatan Purwodadi (41 TK) dan di Kecamatan Beji dan Kecamatan Rejosso (masing-masing sebanyak 40 TK).

Jumlah murid Sekolah Dasar (SD) Negeri sebanyak 116.069 siswa dan SD Swasta sebanyak 8.913 siswa. Sedangkan jumlah guru negeri setingkat SD di lingkungan Dinas Pendidikan Nasional sebanyak 7.212 orang pada Tahun Ajaran 2014/2015. Selanjutnya dalam kurun waktu yang sama banyaknya siswa setingkat Sekolah Menengah Pertama (SMP) Negeri berjumlah sebanyak 29.553 siswa, dan dilihat dari jumlah gurunya sebanyak 1.585 orang.

Rasio guru terhadap murid untuk tingkat SMP sebesar 15,13 dengan arti bahwa untuk tingkat SMP, 1 guru mengajar 15 murid. Sementara itu di tingkat Sekolah Menengah Umum (SMU) Negeri pada tahun ajaran 2014/2015 jumlah siswa sebanyak 6.495, jumlah guru 393 orang, dengan jumlah sekolah 8 unit. Sedangkan di tingkat SMU Swasta yang ada di Kabupaten Pasuruan, jumlah sekolah sebanyak 30 unit, jumlah murid sebanyak 5.765 siswa dan jumlah guru sebanyak 620 guru. Rasio guru terhadap murid untuk tingkat SMU sebanyak 12,10 dengan arti bahwa untuk tingkat SMU, 1 guru mengajar 12 murid.

2) Kesehatan

Banyaknya fasilitas kesehatan di Kabupaten Pasuruan terdiri dari 1 rumah sakit pemerintah, 5 rumah sakit swasta, 33 puskesmas induk, 73 puskesmas

pembantu, 42 puskesmas keliling, 1.893 posyandu balita dan usila, serta sebanyak 375 pondok bersalin. Melihat jumlah fasilitas kesehatan yang ada di wilayah Kabupaten Pasuruan dari tahun ke tahun mengalami peningkatan, hal ini terlihat dari jumlah pondok bersalin yang berjumlah 375 pondok bersalin pada tahun 2014 padahal tahun sebelumnya hanya tercatat sebanyak 362 pondok bersalin.

Demikian juga dengan jumlah polindes yang berjumlah 188 polindes pada tahun 2015 dari tahun sebelumnya 164 polindes. Jumlah bayi yang dilahirkan di wilayah Kabupaten Pasuruan sebanyak 25.624 bayi pada tahun 2015, sedikit menurun dibandingkan tahun 2014. Kecamatan yang memiliki angka maternal atau ibu melahirkan tertinggi adalah Kecamatan Gempol (2.158 orang), Kecamatan Pandaan (1.747 orang) dan Kecamatan Kraton (1.532 orang). Sedangkan jumlah bayi yang dilahirkan dalam kondisi hidup selama tahun 2015 adalah sebanyak 25.624 bayi dan yang dilahirkan dalam kondisi meninggal sebanyak 127 bayi.

Banyaknya Keluarga Pra Sejahtera dan Keluarga Sejahtera (KS) yang dikelompokkan ke dalam Pra Sejahtera, KS 1, KS 2, KS 3 dan KS 3 Plus pada tahun 2014 sebanyak 447.100 keluarga, mengalami peningkatan sebesar 1,23 persen dibandingkan tahun sebelumnya yang mencapai angka sebanyak 441.646 keluarga. Yang tergolong dalam Keluarga Pra Sejahtera, pada tahun 2014 sebanyak 86.605 keluarga dan masuk golongan KS 1 sebanyak 106.370 keluarga pada tahun yang sama.

3) Keluarga Berencana

Pencapaian peserta Keluarga Berencana (KB) aktif pada tahun 2014 dilihat dari pasangan usia subur adalah sebesar 76,02 persen di mana persentase

pencapaian terbesar ada di wilayah Kecamatan Kraton dan Kecamatan Puspo yang mencapai persentase sebesar 143,10 persen dan sebesar 117,46 persen, disusul oleh Kecamatan Kejayan yang mencapai besaran 111,96 persen. Selanjutnya adalah Kecamatan Rejoso yang memiliki persentase pencapaian peserta KB aktif sebesar 110,56 persen.

4) Kriminalitas

Jumlah kriminalitas yang dilaporkan di Kabupaten Pasuruan pada tahun 2015 sebanyak 560 kejahatan yang diklasifikasikan ke dalam perkosaan, pemalsuan uang, penganiayaan, pencurian dan lainnya. Kejadian terbesar adalah tindakan kriminal di jenis perjudian (149 kasus) dan pencurian berat (91 kasus). Jumlah kecelakaan yang terjadi selama tahun 2015 ada sebanyak 813 kejadian. Jika dilihat dari profesi pelaku, yang terjadi kepada pelajar sebanyak 7 kejadian (0,86 persen) dan yang dilakukan oleh TNI sebanyak 10 kejadian (1,23 persen).

Surat Izin Mengemudi (SIM) yang dikeluarkan Polres Kabupaten Pasuruan selama tahun 2015 ada sebanyak 41.642 eksemplar, terbagi atas SIM A sebanyak 8.452 eksemplar, SIM B1 sebanyak 1.436 eksemplar, SIM B2 sebanyak 1.390 eksemplar dan SIM C sebanyak 30.364 eksemplar.

5) Agama

Kehidupan umat beragama senantiasa mendapat perhatian serius dari Pemerintah. Pemeluk agama selama tahun 2015 terjadi peningkatan sejalan dengan meningkatnya jumlah penduduk, dimana jumlah penduduk Kabupaten Pasuruan yang beragama Islam tercatat sebanyak 1.604.326 orang, yang beragama Kristen atau Protestan sebanyak 6.327 orang dan Katholik sebanyak 2.960 orang.

Sedangkan yang beragama Hindu, Budha dan Khonghucu masing-masing tercatat sebanyak 15.411 orang, 451 orang dan 103 orang.

Jumlah masjid dan mushola atau langgar adalah masing-masing sebanyak 1.548 buah dan 6.175 buah. Banyaknya gereja hanya ada 50 buah di Kabupaten Pasuruan. Sedang jumlah Pura ada sebanyak 42 buah yang tersebar hanya di Kecamatan Tukur, Kecamatan Puspo, Kecamatan Tosari, Kecamatan Prigen dan Kecamatan Beji sedangkan Vihara sebanyak 5 buah, yaitu di Kecamatan Purwodadi, Kecamatan Prigen dan Kecamatan Beji.

Jumlah pernikahan pada tahun 2015 tercatat sebanyak 14.150, sedikit mengalami penurunan dibandingkan tahun 2014 yang tercatat ada sebanyak 15.195. Jumlah talak dan cerai pada tahun 2015 mengalami peningkatan dibandingkan tahun sebelumnya dimana talak sebanyak 372 kejadian pada tahun 2015 dan tahun 2014 hanya sebanyak 321 kejadian. Sedangkan perceraian pada tahun 2015 sebanyak 903 kejadian, sedangkan pada tahun 2014 sebanyak 750 kejadian. Jumlah Jama'ah Haji berasal dari Kabupaten Pasuruan yang diberangkatkan dari Surabaya pada musim haji 2015 ada sebanyak 912 orang Jama'ah yang terdiri dari 479 jama'ah laki-laki dan 463 jama'ah perempuan.

Jumlah bidang tanah waqaf menurut bidang dan luas tanah di kabupaten Pasuruan mengalami kenaikan signifikan dalam dua tahun terakhir. Pada tahun 2015, jumlah bidang seluas 4.842 km² mengalami kenaikan 145,79 persen dibandingkan tahun sebelumnya. Sama halnya luas tanah waqaf yang sudah bersertifikat juga mengalami kenaikan sebesar 121,76 persen di tahun 2015.⁴

⁴ Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

6) Kemiskinan

**Tabel 4.1 : Garis Kemiskinan dan Penduduk Miskin
di Kabupaten Pasuruan Tahun 2011 sampai 2015**

Tahun	Garis Kemiskinan (Rupiah)	Penduduk Miskin	
		Jumlah	Persentase (Persen)
2011	238.640	186.720	12,26
2012	255.822	179.066	11,58
2013	274.486	175.718	11,26
2014	283.327	170.740	10,86
2015	292.281	169.190	10,72

Sumber: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

Berdasarkan data dari tabel 4.1 terlihat adanya penurunan tingkat kemiskinan penduduk Kabupaten Pasuruan dari tahun ke tahun secara peralalahan. Penurunan tingkat kemiskinan tersebut disebabkan karena bertambahnya jumlah industri di Kabupaten Pasuruan yang mengakibatkan banyak menyerap tenaga kerja baik yang berasal dari Kabupaten Pasuruan maupun dari luar Kabupaten Pasuruan.

7) Pemerintahan

Kabupaten Pasuruan sebagai salah satu kabupaten di Jawa Timur merupakan unit pemerintahan di bawah provinsi secara langsung. Kabupaten Pasuruan terdiri dari beberapa kecamatan. Sedangkan suatu kecamatan terbagi habis dalam beberapa desa atau kelurahan. Sebagai unit terkecil dari pemerintahan, setiap desa atau kelurahan mempunyai proyek pembangunan desa atau kelurahan. Pembangunan desa bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan

bagi warga masyarakat. Pembangunan tersebut meliputi sarana dan prasarana yang berasal dari desa yang bersangkutan. Instansi Pemerintah Non Kementerian terdiri dari Badan Pusat Statistik, Badan Pertanahan Nasional dan Depot Logistik.

Secara wilayah administrasi, Kabupaten Pasuruan memiliki luas wilayah seluas 1.474,02 m² yang terdiri dari 24 kecamatan dan memiliki sebanyak 365 desa atau kelurahan, terdiri dari 120 perkotaan dan 245 pedesaan. Menurut satuan wilayah terkecil, Kabupaten Pasuruan memiliki sebanyak 1.969 dusun, 2.991 RW dan 8.563 RT. Pada tahun 2015 banyaknya RW yang ada di Kabupaten Pasuruan sebanyak 2.991 RW dengan jumlah RT sebanyak 8.563 RT.

Menurut kewilayahan, Kecamatan Pandaan memiliki jumlah RW terbanyak dibandingkan dengan kecamatan yang lainnya, yaitu sebanyak 221 RW, disusul kemudian oleh Kecamatan Prigen dan Kecamatan Gempol masing-masing sebanyak 217 RW dan 200 RW. Namun dilihat dari banyaknya RT, yang terbanyak adalah Kecamatan Gempol sebanyak 713 RT, disusul kemudian oleh Kecamatan Pandaan dan Kecamatan Prigen, masing-masing sebanyak 527 RT dan sebanyak 526 RT.

Satuan wilayah yang lebih umum digunakan di kalangan masyarakat khususnya dalam pengenalan wilayah selain penggunaan RW dan RT adalah dusun. Di Kabupaten Pasuruan, jumlah dusun secara keseluruhan adalah sebanyak 1.969 dusun yang tersebar di 24 kecamatan, dimana yang terbanyak adalah di Kecamatan Gempol sebanyak 204 dusun, disusul kemudian Kecamatan Grati sebanyak 119 dusun dan Kecamatan Winongan sebanyak 113 dusun.

Banyaknya anggota DPRD Kabupaten Pasuruan pada tahun 2015 adalah sebanyak 50 orang, terdiri dari 44 orang laki-laki dan sebanyak 6 orang

perempuan. Komposisi terbanyak berdasarkan asal partai, maka jumlah anggota terbanyak berasal dari Partai Kebangkitan Bangsa (PKB) sebanyak 12 orang, disusul dari Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan (PDIP) dan Partai Gerindra masing-masing 7 orang. Pada masa bakti 2014-2019, DPRD Kabupaten Pasuruan diketuai oleh M. Sudiono Fauzan, dengan wakil ketua masing-masing adalah Ir. Sutar, Dedi Sumanto, SE dan H. Joko Cahyono, SE,SH,MH.

Pada tahun 2015, jumlah Pegawai Negeri Sipil di Pemerintah Kabupaten Pasuruan adalah sebanyak 12.476 orang, dengan 5.919 orang laki-laki (47,44 persen) dan sebanyak 6.557 orang perempuan (52,56 persen). Dilihat dari Pendidikan Tertinggi yang ditamatkan, sejumlah PNS di Pemerintah Kabupaten Pasuruan memiliki ijazah tertinggi adalah tingkat sarjana (S1/ D4/ S2/ Doktor/ Ph.d) sebesar 63,83 persen dan setingkat diploma sebanyak 1.845 orang atau sebesar 14,79 persen. Dilihat dari dinas terbanyak yang menyerap jumlah PNS adalah Dinas Pendidikan sebanyak 8.251 orang (66,13 persen), disusul puskesmas yang menyerap sebanyak 1.065 PNS (8,54 persen) dan kantor kecamatan yang tersebar di 24 kecamatan, yaitu sebanyak 545 PNS (4,37 persen).⁵

2. Profil Puskesmas Beji

a. Kondisi Geografi

1) Lokasi Kecamatan Beji dengan batasan sebagai berikut:⁶

- | | |
|--------------------|---------------------|
| 1. Sebelah Utara | : Kecamatan Jabon |
| 2. Sebelah Timur | : Kecamatan Bangil |
| 3. Sebelah Barat | : Kecamatan Gempol |
| 4. Sebelah Selatan | : Kecamatan Pandaan |

⁵ Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan Tahun 2016

⁶ Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

2) Luas daerah dan keadaan umum

a) Sebagian besar terdiri dari dataran rendah

b) Luas Kecamatan Beji 3.882.498 ha. Terdiri dari:⁷

(1) Perumahan dan pekarangan : 1.223.973 Ha.

(2) Sawah : 2.279.23 Ha.

(3) Tegal : 459.30 Ha.

(4) Bangunan dan pekarangan : 1.441.58 Ha.

(5) Lain-lain : 54.82 Ha.

b. Kondisi Demografi

**Tabel 4.2 : Data Kependudukan Kecamatan Beji,
Kabupaten Pasuruan Tahun 2016**

No.	Uraian	Jumlah
1	Jumlah penduduk seluruhnya	82.509
2	Jumlah penduduk laki-laki	40.873
3	Jumlah penduduk perempuan	41.636
4	Jumlah KK	19.826
5	Jumlah bayi (< 1 tahun)	1.284
6	Jumlah balita (1-4) tahun	5.271
7	Jumlah anak pra sekolah (5-6) tahun	2.626
8	Jumlah wanita usia subur	18.624
9	Jumlah ibu hamil	1.484
10	Jumlah ibu bersalin	1.417
11	Jumlah ibu meneteki	1.417
12	Jumlah Gakin (Keluarga Miskin)	17.686

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

⁷ Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

**Tabel 4.3 : Distribusi Luas Wilayah, Jumlah Penduduk, Kepadatan
Penduduk dan Jumlah KK Setiap Desa atau Kelurahan
di Wilayah Puskesmas Beji Tahun 2016**

No.	Nama Desa	Luas (Km²)	Jumlah Penduduk	Kepadatan Penduduk/Km²	Jumlah KK
1	Baujeng	3,87	7.292	1,884	1.694
2	Ngembe	1,46	4.299	2,945	930
3	Kenep	1,70	3.295	1,938	790
4	Sidowayah	1,78	3.263	1,833	888
5	Gajah Bendo	1,26	3.519	2,793	781
6	Beji	4,26	10.409	2,443	2.694
7	Gunungsari	4,52	5.227	1,156	1.149
8	Wonokoyo	4,00	5.941	1,485	1.525
9	Gunung- gangsir	4,90	9.118	1,861	2.244
10	Cangkring- Malang	3,96	10.216	2,580	2.444
11	Kedung- Ringin	3,28	9.552	2,912	1.935
12	Pagak	1,53	3.450	2,255	1.095
13	Kedung Boto	1,06	2.624	2,475	684
14	Glanggang	1,46	4.304	2,948	973
	Total		82.509		19.826

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

Tabel 4.4 : Jarak dan Waktu Tempuh Desa ke Puskesmas Beji Tahun 2016

No.	Nama Desa	Jarak ke Puskesmas (Km)	Waktu Tempuh (Menit)	Jumlah Dusun
1	Baujeng	8	20	6
2	Ngembe	8	20	4
3	Kenep	7	15	4
4	Sidowayah	6	13	4
5	Gajahbendo	2	10	4
6	Beji	1	5	10
7	Gunungsari	7	20	7
8	Wonokoyo	8	25	6
9	Gununggangsir	7	20	13
10	Cangkringmalang	4	15	11
11	Kedungringin	3	15	10
12	Pagak	2	10	3
13	Kedungboto	4	15	2
14	Glanggang	7	20	3
	Total			87

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

c. Sarana dan Prasarana Kesehatan

Sarana dan prasarana kesehatan di wilayah Kecamatan Beji terdiri dari :

- 1) Puskesmas induk : 1 buah
- 2) Puskesmas pembantu : 4 buah
 - a) Puskesmas Pembantu Cangkringmalang
 - b) Puskesmas Pembantu Baujeng
 - c) Puskesmas Pembantu Gunungsari
 - d) Puskesmas Pembantu Kedungboto
- 3) Polindes (Pondok Bersalin Desa) : 9 buah

Tabel 4.5 : Sumber Daya Manusia Kesehatan di Puskesmas Beji Tahun 2016

No.	Jenis Tenaga	Jml	Keterangan			
			PNS	PTT	Kontrak	Magang
I.	Puskesmas					
	Dokter	3	3			
	Dokter gigi	1	1			
	Bidan	9	8		1	
	Perawat	18	12			6
	Perawat gigi	1	1			
	Sanitarian	1	1			
	Pembantu/Ahli gizi	1	1			
	Asisten apoteker	1	1			
	Apoteker	1	1			
	Tenaga administrasi	12	5		2	5
	Analisis	2	2			
	Pengemudi (supir)	2	1			1
	Kebersihan	3				3
II.	Pustu (Puskesmas Pembantu)					
1.	Perawat	1	1			
2.	Tenaga administrasi	1	1			
3	Bidan pustu	5	5			
III.	Polindes (Pondok Bersalin Desa)					
1	Bidan desa	10	7	3		
2	Perawat poskesdes (Pos Kesehatan Desa)	4			4	
	Jumlah	76	51	3	7	15

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

Tabel 4.6 : Sarana Transportasi di Puskesmas Beji Tahun 2016

No.	Jenis Sarana	Jml	Kondisi			
			Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
1	Sepeda motor	7	6			1
2	Puskel (Puskesmas Keliling)	1	1			
3	Ambulans	2	2			

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

Tabel 4.7 : Sarana dan Prasarana di Puskesmas Beji Tahun 2016

No.	Jenis Sarana	Jml	Kondisi			
			Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
1	Mesin ketik	2		1		1
2	Komputer	7	2	3		2
3	Laptop	7	4	1	1	1
4	Printer	6	4			2
5	Dipan pasien induk	14	14			
6	Dipan pasien pustu (Puskesmas Pembantu)	4	4			
7	Dipan polindes (Pondok Bersalin Desa)	9	9			
8	Almari pasien	8	4	4		
9	Almari buku	5	4	1		
10	Almari obat	2	2			
11	Almari alat	2	2			
12	Kursi Plastik	20	20			

No.	Jenis Sarana	Jml	Kondisi			
			Baik	Rusak Ringan	Rusak Sedang	Rusak Berat
13	Kursi lipat	20	20			
14	Kulkas	3	3			

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

**Tabel 4.8 : Jumlah Posyandu Balita di Wilayah
Puskesmas Beji Tahun 2016**

No.	Kecamatan	Jumlah
1	Baujeng	8
2	Ngembe	4
3	Kenep	6
4	Sidowayah	7
5	Gajahbendo	4
6	Beji	12
7	Gunungsari	7
8	Wonokoyo	6
9	Gununggangsir	13
10	Cangkringmalang	14
11	Kedungringin	10
12	Pagak	4
13	Kedungboto	2
14	Glanggang	3
	Jumlah	100

Sumber: Profil Puskesmas Beji Tahun 2017

B. Penyajian Data Fokus Penelitian

1. Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

Implementasi Program Kader Asuh adalah salah satu program inovasi kesehatan Kabupaten Pasuruan yang tujuan utamanya adalah untuk menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Pasuruan. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan menyatakan bahwa

“Adanya Program Kader Asuh tidak langsung bisa untuk menurunkan AKI dan AKB di Kabupaten Pasuruan, tetapi menjadi salah satu faktor yang ikut berkontribusi dalam menurunkan AKI dan AKB karena ada banyak faktor lain yang memengaruhi penurunan AKI dan AKB.”

Pelaksanaan Program Kader Asuh pertama kali dilaksanakan pada tahun 2013 di seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan yang jumlahnya ada 33 puskesmas. Setiap puskesmas membawahi beberapa desa dalam satu kecamatan untuk memilih beberapa kader secara sukarela. Pada pelaksanaan Program Kader Asuh jika ditinjau dari implementasinya terbagi menjadi aktor-aktor pelaksana, koordinasi atau hubungan diantara para aktor, prosedur pelaksanaan dan indikator keberhasilan Program Kader Asuh yang dijabarkan sebagai berikut.

a. Aktor-Aktor Pelaksana Program Kader Asuh

Program Kader Asuh merupakan program inovasi dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang dalam pelaksanaannya melibatkan beberapa aktor dari tingkat kabupaten, puskesmas, desa dan lintas sektor. Dinas Kesehatan Kabupaten

Pasuruan merupakan aktor dari tingkatan tertinggi dalam pelaksanaan Program Kader Asuh. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan mengatakan bahwa

“Aktor-aktor yang terlibat dalam Program Kader Asuh kalau dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan itu sendiri terdiri dari beberapa seksi-seksi yang setiap seksinya mempunyai tugasnya masing-masing yaitu:

- 1) Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat merupakan *Leading Sector* dalam pelaksanaan Program Kader Asuh yang mempunyai tanggung jawab diantaranya adalah:
 - a) Mempersiapkan perangkat-perangkat yang dibutuhkan yaitu mencetak Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh dan Buku Catatan Cerdas Kader Asuh setiap tahun
 - b) Menyiapkan dan mengadakan pelatihan bagi para kader posyandu yang desanya menjadi desa percontohan pelaksanaan Program Kader Asuh setiap tahun sekali agar mempunyai keterampilan dalam melaksanakan tugasnya
 - c) Memonitor langsung ke desa yang sudah dilatih untuk melihat bagaimana pelaksanaan Program Kader Asuh baik di tataran kader maupun bidan desa setiap tahunnya
- 2) Seksi Kesehatan sebagai narasumber dalam pelatihan para kader, yang meliputi:
 - a) Seksi Kesling (Kesehatan Lingkungan) memberikan pelatihan tentang faktor-faktor lingkungan yang memengaruhi kesehatan masyarakat
 - b) Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) bertugas memberikan pelatihan tentang proses kehamilan, persalinan bayi dan tumbuh kembang bayi
 - c) Seksi Gizi bertugas memberikan pelatihan tentang tumbuh kembang balita dan perbaikan gizi masyarakat baik yang sedang sakit maupun sehat
 - d) Seksi Imunisasi bertugas memberikan pelatihan tentang pelaksanaan kegiatan-kegiatan dalam rangka menyukseskan program imunisasi
- 3) Seksi Sungram (Penyusunan Program dan Anggaran) mempunyai tanggung jawab dalam menyusun besarnya anggaran yang diperlukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan setiap tahun.”

Para aktor dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan merupakan pelaksana pada tahap persiapan atau perencanaan Program Kader Asuh. Selain itu

para seksi kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan juga bertugas melakukan monitoring dan evaluasi Program Kader Asuh yang dilaksanakan di semua puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan. Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan menyerahkan tanggung jawab kepada Puskesmas Beji yang terdiri dari beberapa aktor. Untuk aktor yang terlibat di Puskesmas Beji dijelaskan oleh Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Mei 2017 di Puskesmas Beji, beliau mengatakan

“Aktor-aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji adalah:

- 1) Kepala Puskesmas Beji sebagai penanggung jawab kelancaran Program Kader Asuh di Puskesmas Beji
- 2) Bidan Koordinator sebagai pengkoordinator dari bidan desa dan bidan pustu (puskesmas pembantu) yang ada di seluruh wilayah Puskesmas Beji tentang kegiatan pelayanan kebidanan dan pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan Anak)
- 3) Bidang Promkes (Promosi Kesehatan) sebagai penanggung jawab langsung dari program pemberdayaan masyarakat di tingkat kecamatan yang salah satunya adalah Program Kader Asuh.”

Puskesmas Beji merupakan penanggung jawab dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh desa di wilayah Kecamatan Beji. Setiap desa yang melaksanakan Program Kader Asuh mempunyai beberapa kader dan seorang bidan desa sebagai aktor utama dalam pelaksanaan Program Kader Asuh. Ibu Siti Aminah selaku Bidan Desa di Desa Cangkringmalang pada 3 Mei 2017 di Poskesdes (Pos Kesehatan Desa) Cangkringmalang mengatakan

“Untuk aktor pelaksana Program Kader Asuh di setiap desa terdiri dari seorang bidan desa dan beberapa kader yang mempunyai tugas masing-masing sebagai berikut:

- 1) Bidan desa sebagai pembina dari semua program kesehatan di desa. Bidan desa bertugas untuk memantau, mengajari dan membimbing kader-kader untuk melakukan Program Kader Asuh.
- 2) Kader merupakan aktor utama dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena sebagai pelaksana langsung Program Kader Asuh. Tugas

kader sesuai dengan program kader asuh adalah memantau, mendampingi dan mencatat kondisi kesehatan keluarga binaannya sendiri.”

Demi tercapainya kesuksesan pelaksanaan Program Kader Asuh di Kabupaten Pasuruan, ternyata tidak hanya melibatkan aktor dari sektor kesehatan saja tetapi juga dari luar sektor kesehatan dan luar pemerintahan yang tugasnya untuk memberikan sosialisasi kepada masyarakat tentang Program Kader Asuh. Sesuai dengan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:7), peran dan tugas lintas sektor dalam pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari:

- 1) Sekretaris Daerah
 - a) Mengkoordinir kegiatan Program Kader Asuh untuk menunjang keberhasilan program antara Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dengan lintas sektor
 - b) Memberikan bimbingan dan arahan terhadap kebijakan Program Kader Asuh
- 2) Bapemas (Badan Peberdayaan Masyarakat)
 - a) Melakukan penguatan kelembagaan terhadap posyandu sebagai wujud UKBM (Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat) yang ada di masyarakat yang mendukung Program Kader Asuh
 - b) Mobilisasi Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM) dalam program-program kesehatan
- 3) Kominfo (Komunikasi dan Informasi)
 - a) Sosialisasi program-program kesehatan melalui siaran radio Suara Pasuruan dan Tabloid Pemerintah Kabupaten Pasuruan
 - b) Sebagai *information centre* program-program kesehatan bagi lintas sektor dan *stakeholder* lainnya
- 4) PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga)
 - a) Sosialisasi program-program kesehatan dalam kegiatan PKK
 - b) Melakukan pembinaan teknis terhadap posyandu dan permasalahan kesehatan yang muncul di desa
- 5) Fatayat
 - a) Sosialisasi program-program kesehatan dalam kegiatan Fatayat
 - b) Melakukan pembinaan teknis terhadap posyandu dan permasalahan kesehatan yang muncul di desa
- 6) Muslimat
 - a) Sosialisasi program-program kesehatan dalam kegiatan Muslimat
 - b) Melakukan pembinaan teknis terhadap posyandu dan permasalahan kesehatan yang muncul di desa
- 7) Aisyiyah
 - a) Sosialisasi program-program kesehatan dalam kegiatan Aisyiyah

- b) Melakukan pembinaan teknis terhadap posyandu dan permasalahan kesehatan yang muncul di desa

Semua aktor yang terlibat dalam pelaksanaan Program Kader Asuh baik di tingkat kabupaten, puskesmas, desa maupun dari lintas sektor telah menjalankan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing. Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan telah berhasil melakukan segala persiapan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan dan selalu melakukan monitoring dan evaluasi setiap tahun sekali. Sedangkan untuk Puskesmas Beji juga selalu rutin melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh desa wilayah Puskesmas Beji. Sebagian besar kader di wilayah Puskesmas Beji telah menjalankan tugasnya dengan sangat baik mulai dari pemantauan, pencatatan, sampai pelaporan kepada bidan desa. Organisasi masyarakat di desa seperti PKK juga ikut memberikan sosialisasi tentang pentingnya program-program kesehatan dalam pertemuannya.

b. Koordinasi atau Hubungan Aktor-Aktor dalam Implementasi Program Kader Asuh

Sebagai program yang melibatkan berbagai aktor baik lintas jenjang maupun lintas sektor, di dalam implementasi Program Kader Asuh terdapat koordinasi atau hubungan para aktor. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan menyatakan bahwa

“Di awal pelaksanaan atau pada tahap perencanaan Program Kader Asuh terdapat koordinasi diantara para aktor yang terlibat yaitu adanya sosialisasi secara formal di tingkat Kabupaten Pasuruan melalui rakor (Rapat Koordinasi) tingkat kabupaten. Di dalam sosialisasi tersebut dihadiri oleh berbagai aktor dari semua lintas sektor yang berperan untuk

kesuksesan Program Kader Asuh baik dari tingkat kabupaten maupun tingkat kecamatan. Di tingkat kabupaten, aktor yang terlibat dalam rakor dari internal Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan meliputi seksi-seksi terkait dalam pelaksanaan Program Kader Asuh seperti Seksi Kesling, Seksi KIA, Seksi Gizi dan Seksi Imunisasi sedangkan aktor dari luar Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yaitu Bapemas (Badan Pemberdayaan Masyarakat), PKK (Pembinaan Kesejahteraan Keluarga), Kantor KB dan lain sebagainya. Rakor di tingkat kecamatan dihadiri oleh Bapak Camat, Ibu Camat, Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator.”

Selain dilakukan di tingkat kabupaten, koordinasi diantara para aktor juga dilakukan di tingkat kecamatan melalui kegiatan rakor tingkat kecamatan yang diselenggarakan pada tahap perencanaan atau awal pelaksanaan Program Kader Asuh setiap setahun sekali. Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Mei 2017 di Puskesmas Beji, beliau mengatakan

“Dalam kegiatan rakor Program Kader Asuh tingkat kecamatan dihadiri oleh pihak puskesmas yang meliputi Kepala Puskesmas Beji, Bidan Koordinator, Bidang Gizi, Bidang Promkes dan Bidang Kesling. Selain itu juga dihadiri oleh pihak Kecamatan Beji seperti perwakilan dari camat dan pihak desa seperti aparat desa, bidan desa, PKK desa dan kader-kader di setiap desa. Penyelenggaraan kegiatan rakor Program Kader Asuh meliputi sosialisasi Program Kader Asuh dari Puskesmas Beji (yang sebelumnya sudah mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan) Adanya sosialisasi yang dilakukan antara pihak Kecamatan Beji dan Puskesmas Beji dengan aparat desa bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari aparat desa.”

Tidak hanya sosialisasi dalam bentuk pertemuan formal, sosialisasi juga dilakukan secara informal antara bidan desa dengan para kader setiap bulan sekali untuk membahas permasalahan-permasalahan yang dialami oleh keluarga binaan setiap kader. Hal tersebut dinyatakan oleh Ibu Ika Wahyuni selaku Bidan Desa di Desa Gunungsari pada 15 Mei 2017 di Posyandu Gunungsari, beliau mengatakan

“Setiap bulan setelah kegiatan posyandu selesai, bidan desa dan para kader berkumpul untuk melakukan sosialisasi bersamaan dengan pembinaan desa di masing-masing desa. Sosialisasi juga dapat dilakukan di rumah bidan desa atau kader sesuai dengan kesepakatan. Dalam sosialisasi

tersebut bidan desa melakukan pembinaan terhadap para kader untuk memberikan solusi dalam melakukan pemantauan dan intervensi kepada keluarga binaan yang dipegang oleh masing-masing kader seperti cara pemantauan ibu hamil dan bayi yang memiliki resiko tinggi, kunjungan imunisasi, kunjungan posyandu lansia dan lain-lain.”

Dalam pelaksanaan rakor Program Kader Asuh dilakukan secara hirarki atau berjenjang dari para aktor di tingkat atas yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kepada tingkat bawahnya yaitu pihak Puskesmas Beji dan pihak Kecamatan Beji. Selanjutnya dari pihak Puskesmas Beji akan melakukan sosialisasi dan penyuluhan Program Kader Asuh kepada tingkat bawahnya yaitu aparat desa, bidan desa dan para kader di desa. Koordinasi pada tingkat paling bawah hanya melibatkan bidan desa dan para kader yang sifatnya tidak formal.

**Gambar 4.2 : Sosialisasi Pertemuan Kader Asuh di Desa Kenep,
Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017**



Sumber: Dokumentasi Puskesmas Beji Tahun 2017

Sosialisasi Program Kader Asuh tidak hanya melibatkan dari organisasi pemerintah saja seperti Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, kecamatan dan puskesmas tetapi juga melibatkan organisasi non pemerintahan seperti PKK,

Fatayat, Muslimat dan organisasi masyarakat lainnya karena Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan memandang organisasi masyarakat tersebut sangat besar pengaruhnya di desa. Keterlibatan organisasi masyarakat bertujuan untuk memberikan dukungan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di desa melalui suara mereka di perkumpulan yang tujuannya supaya setiap kader dapat aktif dalam melakukan pendampingan keluarga binaannya dan juga selalu mengikuti kegiatan posyandu setiap bulan.

c. Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh terdapat tahapan-tahapan yang perlu dilakukan mulai dari tahap persiapan, tahap pelaksanaan sampai tahap monitoring dan evaluasi.

1) Persiapan

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:9) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, langkah-langkah persiapan kegiatan Program Kader Asuh meliputi:

- a) Rapat Koordinasi Tingkat Kabupaten
Tujuannya adalah untuk membuat konsep Program Kader Asuh termasuk menentukan target sasaran kegiatan dan jadwal kegiatan
- b) Membentuk Tim Pokja Kader Asuh Tingkat Kabupaten
Tim Pokja Kader Asuh Tingkat Kabupaten bertanggungjawab terhadap hal-hal sebagai berikut:
 - (1) Membina Pokja Program Kader Asuh tingkat kecamatan agar mampu melaksanakan tugasnya
 - (2) Memantau proses pembinaan keluarga di tingkat kecamatan dan hasil yang dicapai
 - (3) Menyusun peta kabupaten tentang keadaan keluarga sebagai rangkuman dari peta kecamatan dengan bimbingan tim lintas sektor di kabupaten
 - (4) Menjadi penghubung antara Pokja Program Kader Asuh tingkat kecamatan dengan masyarakat desa atau kelurahan

- c) Sosialisasi Program Kader Asuh
Tujuannya adalah untuk menyebarluaskan informasi Program Kader Asuh dan mencari dukungan dari lintas sektor, lintas program baik di tingkat kabupaten maupun kecamatan. Sasaran dalam sosialisasi Program Kader Asuh tingkat kabupaten meliputi:
 - (1) Lintas Sektor
 - (2) Lintas Program
 - (3) Ketua TP (Tim Penggerak) PKK Kabupaten
 - (4) Ketua TP (Tim Penggerak) PKK Kecamatan
 - (5) Organisasi Masyarakat
 - (6) Camat
 - (7) Kepala Puskesmas
 - (8) Bidan Koordinator
 - (9) Petugas Promkes
- d) Rapat Koordinasi Tingkat Puskesmas
Tujuannya adalah untuk menyebarluaskan informasi Program Kader Asuh, mengkoordinasi dan merencanakan kegiatan kader asuh di wilayah puskesmas. Sasaran dalam sosialisasi Program Kader Asuh tingkat puskesmas meliputi:
 - (1) Lintas Program
 - (2) Bidan Desa
 - (3) Kepala Desa
 - (4) Ketua TP PKK Desa
 - (5) Petugas Promkes
 - (6) Perwakilan Kader
- e) Persiapan Administrasi
Tujuannya adalah menyiapkan kebutuhan administrasi untuk kegiatan kader asuh yang meliputi:
 - (1) Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh
 - (2) Buku Catatan Cerdas Kader Asuh
 - (3) Form Pelaporan

Persiapan merupakan tahap awal pada pelaksanaan Program Kader Asuh.

Dalam tahap persiapan ini segala kebutuhan yang diperlukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh harus dilaksanakan terlebih dahulu. Pihak yang terlibat dalam tahap persiapan adalah Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yang juga merupakan perancang Program Kader Asuh dan Puskesmas Beji sebagai penanggung jawab pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh desa di wilayah Kecamatan Beji. Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi

Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Mei 2017 di Puskesmas Beji, mengatakan bahwa

“Dalam persiapan Program Kader Asuh itu, Dinas Kesehatanlah yang paling berperan dalam menyiapkan segala keperluan yang selanjutnya akan diserahkan kepada setiap desa yang akan melaksanakan Program Kader Asuh melalui pihak Puskesmas Beji. Kalau Puskesmas Beji perannya hanya sebatas melakukan rakor untuk merencanakan kegiatan Program Kader Asuh di seluruh desa di wilayah Puskesmas Beji saja.”

Pernyataan tersebut sesuai dengan Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan menyatakan bahwa

“Sebelum Program Kader Asuh dilaksanakan di desa, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Puskesmas harus mengadakan rakor terlebih dahulu untuk menentukan target sasaran dan jadwal kegiatan Program Kader Asuh serta menyebarkan informasi Program Kader Asuh dan mencari dukungan dari lintas sektor, lintas program baik di tingkat kabupaten maupun kecamatan. Kami jugalah yang menyiapkan segala keperluan yang dibutuhkan dalam Program Kader Asuh seperti membuat Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh dan Buku Catatan Cerdas Kader Asuh.”

Dalam tahap persiapan ini, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan melalui Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat serta seksi-seksi kesehatan lainnya telah menyelenggarakan berbagai kegiatan yang perlu dilakukan sebelum pelaksanaan Program Kader Asuh dimulai. Persiapan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sudah dijalankan dengan baik karena semua puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan telah menjalankan Program Kader Asuh. Puskesmas Beji juga telah melakukan persiapan dengan baik karena semua desa di Kecamatan Beji sudah menyelenggarakan Program Kader Asuh.

2) Pelaksanaan

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:10) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, langkah-langkah pelaksanaan kegiatan Program Kader Asuh meliputi:

1. Pelatihan kader asuh
2. Pemetaan sasaran pendampingan kader asuh
3. Pendampingan kader asuh terhadap keluarga (KK) binaan
4. Pemantauan kondisi sasaran melalui Buku Catatan Cerdas Kader Asuh
5. Intervensi terhadap permasalahan yang ada di kelompok sasaran secara mandiri maupun bersama dengan Pembina Desa
6. Pelaporan hasil kegiatan kepada Pembina Desa

Pelaksanaan merupakan tahap selanjutnya setelah tahap persiapan yang dalam semua kegiatannya dilakukan di desa oleh para kader dibantu dengan bidan desa. Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan hanya mempunyai tugas untuk memberikan pelatihan kepada semua kader di masing-masing desa. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, mengatakan bahwa

“Pelaksanaan Program Kader Asuh dilakukan di desa oleh para kader yang sudah kami latih dan bidan desa yang semua kegiatannya di monitoring oleh pihak puskesmas yang menaunginya. Kami dari Dinas Kesehatan hanya berperan dalam pelatihan semua kader yang tujuannya untuk memberikan pengetahuan tentang pelaksanaan Program Kader Asuh. Kalau untuk semua kegiatan pelaksanaan Program Kader Asuh, semuanya dilakukan di desa.”

Puskesmas Beji bertanggung jawab langsung terhadap tahap pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh desa di wilayah Puskesmas Beji. Menurut Ibu Siti Aminah selaku Bidan Desa di Desa Cangkringmalang pada 4 Mei 2017 di Polikesdes (Poli Kesehatan Desa) Cangkringmalang, mengatakan bahwa

“Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh terdapat beberapa kegiatan yang dilakukan oleh para kader. Sebelum melakukan tugasnya, para kader

harus dilatih dulu oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, pelatihan ini dilakukan supaya setiap kader mengetahui apa saja yang harus dilakukan dalam kegiatan Program Kader Asuh. Setelah dilatih, setiap kader akan mendapatkan keluarga binaan yang harus didampingi. Keluarga binaan setiap kader ditentukan berdasarkan kesepakatan bersama antara para kader. Kemudian setiap kader memantau kondisi setiap keluarga binaannya kemudian mencatatnya di Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Selanjutnya melaporkan hasil dari kegiatannya kepada bidan desa.”

Puskesmas Beji yang merupakan penanggung jawab dari pelaksanaan Program Kader Asuh sendiri juga mempunyai peran dalam tahap pelaksanaan Program Kader Asuh meskipun tidak secara langsung terjun ke masyarakat. Pernyataan tersebut sesuai dengan apa yang dikatakan oleh Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Mei 2017 di Puskesmas Beji, mengatakan bahwa

“Meskipun tidak ikut turun langsung dalam kegiatan kader asuh di desa, tapi Puskesmas Beji mempunyai tugas untuk memonitor kasus AKI dan AKB yang terjadi di wilayah Kecamatan Beji dan juga sebagai koordinator desa binaan. Selain itu apabila ada indikasi rujukan dari bidan desa bagi ibu hamil resti (resiko tinggi), maka Puskesmas Beji harus menanganinya.”

Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji dimulai dari pelatihan kepada kader oleh Seksi-Seksi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Kader yang dilatih berasal dari desa tempat tinggal kader sendiri yang memutuskan untuk menjadi kader berdasarkan atas keinginan kader sendiri atau sukarela.

Tabel 4.9 : Jumlah Kader yang dilatih di Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan dari Tahun 2014 sampai 2016

Tahun	Jumlah Kader yang dilatih
2014	500 kader
2015	500 kader
2016	505 kader

Sumber: Wawancara dengan Seksi Promkes Puskesmas Beji Tahun 2017

Berdasarkan tabel 4.9 ada 500 kader di 14 desa di wilayah Kecamatan Beji pada tahun 2013 yang mendapat pelatihan dari Seksi-Seksi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan yang meliputi Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat, Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), Seksi Kesling (Kesehatan Lingkungan), Seksi Gizi dan Seksi Imunisasi. Jumlah kader yang dilatih pada tahun 2016 menjadi 505 kader di seluruh desa wilayah Puskesmas Beji. Pelatihan kader dilakukan setiap tahun sekali oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan di masing-masing desa di wilayah Kecamatan Beji.

Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, mengatakan bahwa

“Pelatihan yang kami lakukan kepada para kader berisi pembinaan tentang pelaksanaan Program Kader Asuh seperti bagaimana cara melakukan pemantauan kepada keluarga binaan, bagaimana cara mencatat hasil pantauan mereka dalam Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan bagaimana melakukan intervensi apabila terjadi permasalahan dalam keluarga binaannya. Kami juga memberikan pengetahuan kepada para kader tentang kesehatan lingkungan, kesehatan ibu dan anak, gizi dan program imunisasi.”

Berdasarkan pernyataan di atas dapat diketahui bahwa pelatihan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan tidak hanya berupa pelatihan tentang pelaksanaan Program Kader Asuh tetapi juga pelatihan berupa pengetahuan tentang berbagai permasalahan yang dialami oleh masyarakat mulai dari kesehatan masyarakat sampai pada faktor lingkungan. Hal itu dikarenakan Program Kader Asuh tidak hanya dilaksanakan untuk memantau kondisi kesehatan ibu hamil, bayi dan balita saja tetapi juga untuk memantau kondisi lingkungan masyarakat karena kondisi lingkungan yang tidak bersih dapat memengaruhi kondisi kesehatan masyarakat.

**Gambar 4.3 : Pelatihan Kader Asuh di Desa Cangkringmalang,
Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017**



Sumber: Dokumentasi Puskesmas Beji Tahun 2017

**Gambar 4.4 : Pelatihan Kader Asuh di Desa Baujeng,
Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017**



Sumber: Dokumentasi Puskesmas Beji Tahun 2017

Di Kecamatan Beji, setiap posyandu terdapat lima kader yang tugasnya mendampingi beberapa Kepala Keluarga. Jumlah keluarga binaan yang didampingi oleh setiap kader tergantung banyaknya jumlah kepala keluarga di setiap posyandu sesuai kesepakatan yang telah ditentukan oleh semua kader. Setiap kader melakukan pendampingan terhadap beberapa keluarga binaannya yang sudah ditentukan. Pendampingan disini maksudnya setiap kepala keluarga akan mendapat pengawasan dari setiap kader tentang bagaimana kondisi sanitasi dasar yang digunakan setiap kepala keluarga dan apa saja gizi yang mereka makan. Jika dalam setiap keluarga terdapat wanita yang hamil maka setiap bulan kader akan melakukan pengawasan kondisi kehamilan. Begitu juga jika terdapat bayi atau balita, kader akan melakukan pengawasan terhadap berat atau tinggi badan balita saat kegiatan posyandu.

Setiap kader memantau setiap kondisi keluarga dengan datang langsung ke setiap rumah keluarga binaannya kemudian melakukan pencatatan pada Buku Catatan Cerdas Kader Asuh yang diperoleh dari Puskesmas Beji. Pencatatan kondisi keluarga atau register KK (Kepala Keluarga) dalam Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dilakukan sekali sedangkan kondisi ibu hamil dan bayi atau balita dicatat setiap bulan. Apabila terdapat ibu hamil yang mempunyai keluhan selama kehamilan, maka kader harus mencatatnya dalam monitoring ibu hamil resiko tinggi (Bumil Resti) di Buku Catatan Cerdas Kader Asuh.

Apabila terdapat permasalahan dalam keluarga binaannya seperti adanya keluhan pada ibu hamil, balita dengan berat badan di bawah garis merah (BGM) dan keluhan lainnya, setiap kader di Puskesmas Beji sudah aktif dalam melakukan tindakan intervensi. Tindakan yang kader lakukan adalah melaporkannya ke bidan

desa yang selanjutnya akan diberikan terapi atau tindakan pengobatan oleh bidan desa. Kegiatan terakhir dalam pelaksanaan Program Kader Asuh adalah melaporkan hasil pemantauannya selama satu bulan kepada bidan desa setiap kegiatan posyandu berlangsung. Kader dan bidan desa akan membahas berbagai permasalahan yang dialami oleh keluarga binaannya, selanjutnya bidan desa akan memberikan solusi bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut.

Dalam tahap pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, sudah dijalankan dengan baik sesuai dengan prosedur pelaksanaannya. Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji di mulai dari kegiatan pelatihan kepada para kader. Kader yang sudah terlatih akan mendampingi beberapa KK (Kepala Keluarga) yang ditentukan berdasarkan kesepakatan bersama semua kader di setiap desa. Dalam memantau kondisi keluarga binaannya, semua kader sudah melakukan pencatatan di Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Apabila terjadi permasalahan pada keluarga binaannya, sebagian besar kader sudah bisa melakukan tindakan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Setiap bulan sekali pada saat kegiatan posyandu, semua kader akan diminta untuk melaporkan hasil kegiatannya kepada bidan desa.

3) Monitoring dan Evaluasi

Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:10) yang diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, langkah-langkah monitoring dan evaluasi kegiatan Program Kader Asuh meliputi:

- a) Monitoring dan Evaluasi Tingkat Kabupaten, terdiri dari:
 - (1) Monitoring terhadap laporan kegiatan kader asuh dari puskesmas melalui Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan Form Pelaporan Perkembangan Kader Asuh di akhir tahun
 - (2) Supervisi fasilitatif kader asuh ke puskesmas

- (3) Evaluasi akhir tahun untuk melihat sejauh mana keberhasilan kader asuh
- b) Monitoring dan Evaluasi Tingkat Puskesmas, terdiri dari:
 - (1) Pembinaan setiap bulan oleh bidan desa atau tim puskesmas yang dilakukan pada waktu pertemuan kader desa (Paguyuban Kader)
 - (2) Laporan kegiatan kader asuh dari bidan desa ke puskesmas
 - (3) Supervisi kegiatan kader asuh di desa oleh puskesmas bersamaan dengan Supervisi Posyandu
 - (4) Evaluasi keberhasilan kader asuh tingkat puskesmas melalui Laporan Perkembangan Kader Asuh di akhir tahun

Monitoring dan evaluasi merupakan tahap akhir dalam pelaksanaan Program Kader Asuh. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, mengatakan bahwa

“Kami dari para Seksi kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan setiap tahun sekali mengadakan kunjungan kepada semua puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan secara bergilir untuk melakukan monitoring dan evaluasi Program Kader Asuh. Pelaksanaan monitoring yang kami lakukan ke Puskesmas Beji tergantung pada jadwal dari kami dan tidak selalu di bulan yang sama setiap tahunnya. Kami juga melakukan monitoring ke salah satu desa di wilayah Puskesmas Beji untuk melihat secara langsung bagaimana pelaksanaan Program Kader Asuh di desa tersebut, apakah sudah berjalan sesuai dengan prosedur pelaksanaannya atau belum.”

Tahap monitoring dilakukan oleh tingkatan paling atas yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kepada tingkat bawahnya yaitu seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan dan salah satu desa sebagai sampel untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan Program Kader Asuh di desa tersebut. Monitoring dilakukan untuk mengetahui apakah target Program Kader Asuh di Puskesmas Beji sudah sesuai dengan apa yang ditargetkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Apabila tidak mencapai target sesuai dengan yang ditargetkan, maka Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan akan mencari apa saja

yang menjadi kendala atau penyebabnya. Selanjutnya Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan akan mencari solusi untuk mengatasi penyebab tersebut.

Monitoring dan evaluasi tidak hanya dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan saja, tetapi juga dilakukan oleh Puskesmas Beji kepada seluruh desa yang berada di bawah binaannya. Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Mei 2017 di Puskesmas Beji, mengatakan bahwa

“Monitoring yang kami lakukan ke seluruh desa kami lakukan setiap tahun sekali dengan melakukan supervisi suportif yaitu monitoring terpadu bersama program lain. Kami melakukan monitoring untuk mengetahui bagaimana kegiatan kader asuh di setiap desa dan apakah sudah mencapai target atau belum. Kami juga melakukan pembinaan kepada bidan desa dan para kader di desa untuk meningkatkan pengetahuan mereka.”

Kegiatan monitoring yang dilakukan di Puskesmas Beji sudah dilaksanakan setiap tahun sekali. Monitoring dilakukan oleh dua tingkatan yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kepada seluruh puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan termasuk Puskesmas Beji dan Puskesmas Beji kepada seluruh desa yang berada di wilayah Kecamatan Beji. Dalam monitoring yang dilakukan oleh dua badan pemerintah tersebut mempunyai tujuan yang sama yaitu untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan Program Kader Asuh apakah sudah berjalan dengan lancar atau belum dan apakah sudah mencapai target yang diinginkan atau belum.

d. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh

Indikator keberhasilan Program Kader Asuh digunakan sebagai acuan untuk mengetahui apakah Program Kader Asuh yang dilaksanakan di Puskesmas Beji sudah mencapai target atau belum. Menurut Bapak Much. Alyyudin, S.KM., M.Kes., selaku Seksi Promosi dan Pemberdayaan Masyarakat Dinas Kesehatan

Kabupaten Pasuruan pada 25 April 2017 di kantor Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, mengatakan bahwa

“Indikator keberhasilan Program Kader Asuh tidak hanya dilihat dari indikator dampaknya saja tetapi juga harus dilihat mulai dari indikator masukan, indikator proses dan indikator keluaran karena apabila salah satu dari ketiga indikator tersebut tidak dijalankan dengan baik maka dapat memengaruhi keberhasilan Program Kader Asuh.”

Program Kader Asuh merupakan program yang dalam pelaksanaannya tidak dilakukan dalam jangka pendek tetapi akan dilakukan secara terus-menerus. Suatu program yang dilakukan secara berkelanjutan, keberhasilannya tidak dapat diukur dari indikator dampaknya saja tetapi juga harus dilihat mulai dari indikator masukan, indikator proses dan indikator tujuan. Berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2013:11) yang dikeluarkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, keberhasilan Program Kader Asuh dapat dilihat dari empat indikator, yaitu:

1) Indikator Masukan (*Input*)

Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Juni di Puskesmas Beji mengungkapkan bahwa

“Semua indikator masukan (*input*) yang diperlukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di masing-masing desa di Kecamatan Beji sudah terpenuhi dengan baik, segala sesuatu yang diperlukan dalam kegiatan Program Kader Asuh sudah disiapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan mulai dari pembuatan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh, Buku Catatan Cerdas Kader Asuh, pelatihan para kader di semua desa dan pemberian dana untuk mendukung terlaksananya Program Kader Asuh.”

Berdasarkan wawancara di atas dan observasi peneliti, maka dapat diketahui hasil dari lima indikator masukan (*input*) keberhasilan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji yaitu:

a) Ada atau tidaknya Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh

Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada tahun 2013 yang kemudian diberikan kepada semua puskesmas di seluruh wilayah Kabupaten Pasuruan termasuk Puskesmas Beji. Ada dua buah Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh yang sudah diterbitkan yaitu pada tahun 2013 dan 2014. Buku yang diterbitkan pertama kali pada tahun 2013 sama sekali tidak mengalami perubahan dengan buku yang diterbitkan pada tahun 2014. Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh digunakan sebagai pedoman pelaksanaan Program Kader Asuh bagi Puskesmas Beji dan semua puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan.

b) Ada atau tidaknya Buku Catatan Cerdas Kader Asuh

Buku Catatan Cerdas Kader Asuh diterbitkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada tahun 2014 yang kemudian diberikan kepada semua puskesmas di wilayah Kabupaten Pasuruan untuk selanjutnya diberikan kepada semua kader. Setiap kader wajib memiliki sebuah Buku Catatan Cerdas Kader Asuh untuk mencatat setiap hasil pemantauan terhadap keluarga binaannya. Semua kader di seluruh wilayah Puskesmas Beji sudah memiliki sebuah Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Isi dari Buku Catatan Cerdas Kader Asuh meliputi:

(1) Register KK (Kepala Keluarga) yang mempunyai fungsi antara lain:

- (a) Mencatat jenis akseptor KB apa yang digunakan oleh Pasangan Usia Subur

- (b) Mencatat jenis akses sanitasi dasar apa yang digunakan dalam suatu rumah
 - (c) Mencatat apakah garam yang dipakai beryodium atau tidak
 - (d) Mencatat apakah bayi sudah diberikan ASI eksklusif
- (2) Register Bayi atau Balita yang berfungsi untuk mencatat berat badan bayi atau balita setiap bulan
- (3) Monitoring Ibu Hamil Resiko Tinggi (Resti) yang berfungsi untuk mencatat penyebab ibu hamil mengalami resiko tinggi dan bagaimana tindakan atau terapi yang dilakukan oleh bidan desa
- c) Ada atau tidaknya kader asuh di desa atau kelurahan

Setiap desa yang melaksanakan Program Kader Asuh harus mempunyai beberapa kader yang bertugas memantau beberapa kepala keluarga. Jumlah seluruh kader pada tahun 2017 di Kecamatan Beji ada 505 kader yang tersebar di seluruh desa di wilayah Kecamatan Beji. Setiap posyandu di desa mempunyai lima kader untuk mendampingi seluruh kepala keluarga di wilayah posyandu tersebut.

- d) Ada atau tidaknya kader asuh yang sudah dilatih di desa atau kelurahan

Semua kader di wilayah Kecamatan Beji sudah mendapatkan pelatihan dari Seksi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan pada awal pembentukan Program Kader Asuh. Setiap bulan para kader juga mendapatkan pembinaan dari bidan desa setelah program posyandu selesai atau pada pertemuan para kader yang dilaksanakan di rumah kader atau bidan desa tergantung dari kesepakatan.

- e) Ada atau tidaknya dukungan dana bagi kesehatan ibu dan balita di desa atau kelurahan

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan telah mengalokasikan dana sebesar 20.000 per bulan kepada setiap kader. Setiap desa di Kecamatan Beji juga mendapat bantuan dana untuk membeli obat-obatan dan makanan atau minuman bergizi yang diberikan kepada ibu dan balita saat kegiatan posyandu.

2) Indikator Proses (*Process*)

Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Juni di Puskesmas Beji mengungkapkan bahwa

“Semua indikator proses (*process*) yang harus dilaksanakan oleh bidan desa dan kader sudah berhasil dijalankan dengan baik oleh bidan desa dan sebagian besar kader di wilayah Kecamatan Beji. Semua kader sudah melakukan kegiatan-kegiatan sesuai dengan prosedur yang ada di Buku Petunjuk Teknis Program Asuh.”

Berdasarkan pernyataan di atas dan observasi peneliti, maka dapat diketahui hasil dari sembilan indikator proses (*process*) keberhasilan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji yaitu:

- a) Ada atau tidaknya pertemuan Program Kader Asuh tingkat desa atau kelurahan

Setiap bulan sekali sudah dilakukan pertemuan antara para kader dan bidan desa setelah berlangsungnya kegiatan posyandu atau dilakukan di rumah bidan desa atau di salah satu rumah kader. Pertemuan dilakukan untuk membahas permasalahan-permasalahan yang dialami oleh keluarga binaan setiap kader dan

selanjutnya bidan desa akan memberikan solusi yang harus dilakukan oleh kader untuk mengatasi permasalahan tersebut.

b) Ada atau tidaknya pemetaan sasaran pendampingan kader asuh

Setiap kader di semua desa di wilayah Kecamatan Beji telah mendapatkan pemetaan sasaran keluarga yang harus didampingi sesuai dengan kesepakatan bersama diantara para kader. Dalam setiap posyandu ada lima kader yang tugasnya dibagi berdasarkan rumah keluarga binaan yang jaraknya paling dekat dengan rumah kader. Jadi banyaknya jumlah kepala keluarga yang didampingi oleh setiap kader tergantung pada banyaknya jumlah kepala keluarga di setiap posyandu.

c) Ada atau tidaknya pendampingan keluarga binaan oleh kader asuh

Setiap kepala keluarga di seluruh desa di wilayah Kecamatan Beji sudah mendapatkan pendampingan oleh setiap kader. Setiap kader melakukan pemantauan atau pengawasan terhadap kondisi dari setiap keluarga binaannya yang meliputi kondisi sanitasi dasar, gizi serta pemantauan terhadap keluarga yang terdapat ibu hamil dan bayi atau balita.

- d) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan kesehatan bayi dan balita

Gambar 4.5 : Hasil Pencatatan Register Bayi atau Balita di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017

REGISTER															BAYI / BALITA														
No	Nama Bayi / Balita	Tanggal Lahir	Nama Orang Tua	TAHUN												Des 2017													
				JAN 2017	FEB 2017	MARESDAL	APRIL 2017	MAY 2017	JUN 2017	JUL 2017	AUG 2017	SEPT 2017	OCT 2017	NOV 2017															
1	DIEN	07-01-2015	DIEN / DEWI	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
2	MAKHAJIE	18-09-2011	MAKHAJIE / MAHAR	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
3	ADITYA	08-11-2017	ADITYA / ADITYA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
4	RIYAN	23-11-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
5	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
6	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
7	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
8	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
9	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												
10	RIYAN	18-02-2017	RIYAN / RIYAN	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2												

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Penulis Tahun 2017

Dari gambar 4.5 dapat diketahui bahwa ada pencatatan hasil pemantauan bayi dan balita yang dilakukan oleh kader.

- e) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan kesehatan ibu hamil

Gambar 4.6 : Hasil Pencatatan Register Ibu Hamil di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017

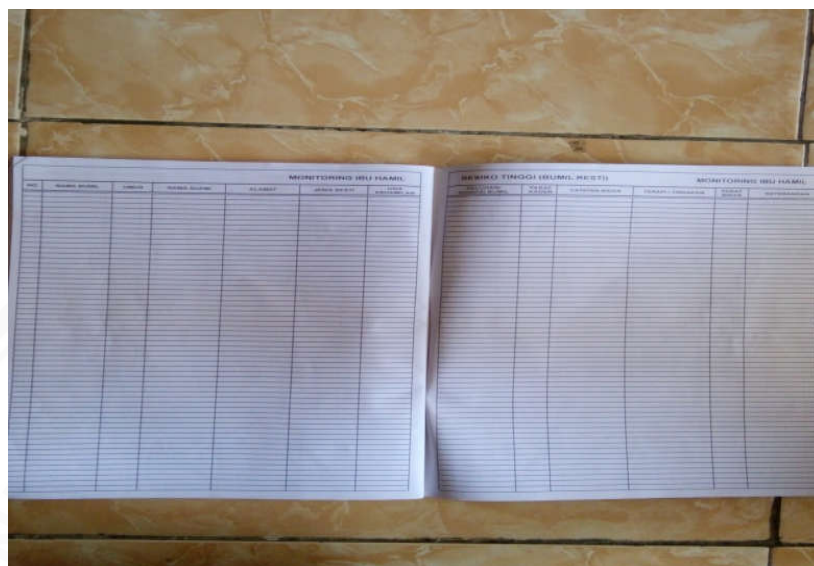
REGISTER IBU HAMIL			
No	Nama Ibu / Suami	Umur	Alamat RT / RW
1	TUTAN E / SUKUNO	28-08-1981	KASURGO - 20/07
2	RIYAN / RIYAN	28-05-1982	KASURGO - 20/07
3	RIYAN / RIYAN	15-06-1978	KASURGO - 20/07
4	RIYAN / RIYAN	07-06-1991	KASURGO - 21/07
5	RIYAN / RIYAN	15-05-1991	KASURGO - 20/07
6	RIYAN / RIYAN	20-04-1991	KASURGO - 20/07
7	RIYAN / RIYAN	07-06-1982	KASURGO - 21/07

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Tahun Penulis Tahun 2017

Dari gambar 4.6 dapat diketahui bahwa ada pencatatan hasil pemantauan kesehatan ibu hamil yang dilakukan oleh kader.

f) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan ibu hamil resiko tinggi

Gambar 4.7 : Hasil Pencatatan Monitoring Ibu Hamil Resiko Tinggi (Resti) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017



Sumber: Data Primer Hasil Observasi Penulis Tahun 2017

Dari gambar 4.7 dapat diketahui tidak adanya pencatatan hasil pemantauan ibu hamil resiko tinggi yang dilakukan oleh kader karena pencatatan ibu hamil resiko tinggi hanya dilakukan apabila seorang ibu hamil dinilai memiliki resiko yang tinggi seperti mengalami keluhan selama kehamilan dan ukuran tinggi badan pendek (di bawah 145 cm) yang dapat berpengaruh saat melahirkan. Jika kader tidak menemukan adanya keluhan dan tinggi badan di atas 145 cm pada ibu hamil maka tidak perlu dilakukan pencatatan dalam Monitoring Ibu Hamil Resiko Tinggi (Resti) di Buku Catatan Cerdas Kader Asuh.

- g) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan sanitasi dasar

Gambar 4.8 : Hasil Pencatatan Register KK di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Penulis Tahun 2017

Dari gambar 4.8 dapat diketahui adanya pencatatan hasil pemantauan yang dilakukan oleh kader terhadap setiap keluarga binaannya tentang jenis sanitasi dasar apa yang dipakai di rumah.

- h) Ada atau tidaknya pencatatan hasil pemantauan status gizi

Gambar 4.9 : Hasil Pencatatan Register KK di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017

Sumber: Data Primer Hasil Observasi Tahun Penulis Tahun 2017

Dari gambar 4.9 dapat diketahui adanya pencatatan hasil pemantauan yang dilakukan oleh kader terhadap keluarga binaannya tentang status gizi yang dikonsumsi setiap orang dalam satu keluarga.

- i) Ada atau tidaknya intervensi terhadap permasalahan yang ada

Apabila terdapat permasalahan yang dialami oleh keluarga binaannya, sebagian besar kader di wilayah Kecamatan Beji sudah mampu melakukan tindakan dengan melaporkannya ke bidan desa.

3) Indikator Keluaran (*Output*)

Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Beji pada 2 Juni di Puskesmas Beji mengungkapkan bahwa

“Kalau untuk frekuensi pertemuan kader asuh di tingkat desa dilakukan satu bulan sekali di rumah bidan desa atau rumah salah satu dari kader sesuai dengan kesepakatan bersama. Sedangkan untuk prosentase indikator keluaran (*output*) lainnya, sebagian sudah mencapai 100 persen, tetapi ada juga yang belum mencapai 100 persen karena masih ada beberapa kader yang tidak aktif dalam menjalankan tugasnya dan karena masih ada masyarakat yang kurang mengerti akan pentingnya Program Kader Asuh.”

Berdasarkan pernyataan di atas dan observasi peneliti, maka dapat diketahui hasil dari sebelas indikator keluaran (*output*) keberhasilan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji yaitu:

- a) Frekuensi pertemuan Program Kader Asuh tingkat desa atau kelurahan

Pertemuan Program Kader Asuh selalu dilakukan 12 kali setiap tahun atau satu bulan sekali setelah kegiatan pascayandu (Pasca Pelayanan Posyandu). Setelah kegiatan pelayanan posyandu selesai, bidan desa dan para kader berkumpul untuk membicarakan hasil kegiatan pemantauan kader terhadap keluarga binaannya. Pertemuan juga ada yang dilakukan di rumah bidan desa atau rumah dari salah satu kader tergantung dari kesepakatan yang telah ditentukan.

Pertemuan dilakukan untuk membahas permasalahan yang dihadapi oleh kader tentang permasalahan keluarga binaannya selanjutnya bidan desa akan memberikan solusi bagaimana cara mengatasi permasalahan tersebut.

b) Prosentase balita BGM (Bawah Garis Merah) yang terpantau

Kader melakukan pemantauan dan pencatatan setiap bulan pada saat kegiatan posyandu terhadap bayi atau balita sehingga dapat diketahui jika ada bayi atau balita yang berat badannya kurang atau melebihi normal. Prosentase pemantauan balita BGM belum mencapai 100 persen karena tidak semua masyarakat yang memiliki bayi atau balita mengikuti kegiatan posyandu karena mereka mempunyai kesibukan bekerja di pabrik.

c) Prosentase ibu hamil resiko tinggi terpantau

Kader melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap ibu hamil yang dianggap mengalami resiko tinggi pada saat proses kehamilan sehingga ibu hamil resiko tinggi mendapatkan tindakan atau terapi dari bidan desa. Prosentase pemantauan ibu hamil resiko tinggi belum mencapai 100 persen karena ada beberapa ibu hamil yang lebih mengandalkan dokter di poli tempat mereka bekerja jika ada masalah pada kehamilannya.

d) Prosentase ibu hamil yang ikut kelas ibu hamil terpantau

Kader memberikan informasi kepada para ibu hamil tentang waktu dan tempat pelaksanaan kelas ibu hamil. Bidan desa di setiap posyandu melakukan penyuluhan kepada ibu hamil dan mengajarkan senam ibu hamil. Prosentase ibu hamil yang ikut kelas ibu hamil di wilayah Puskesmas Beji belum mencapai 100 persen karena beberapa ibu hamil ada yang sibuk bekerja dan tidak mempunyai waktu untuk mengikuti kelas ibu hamil.

**Gambar 4.12 : Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil di Desa Gunungsari,
Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017**



Sumber: Dokumentasi Puskesmas Beji Tahun 2017

e) Prosentase ibu hamil yang mempunyai tabulin (Tabungan Ibu Bersalin)

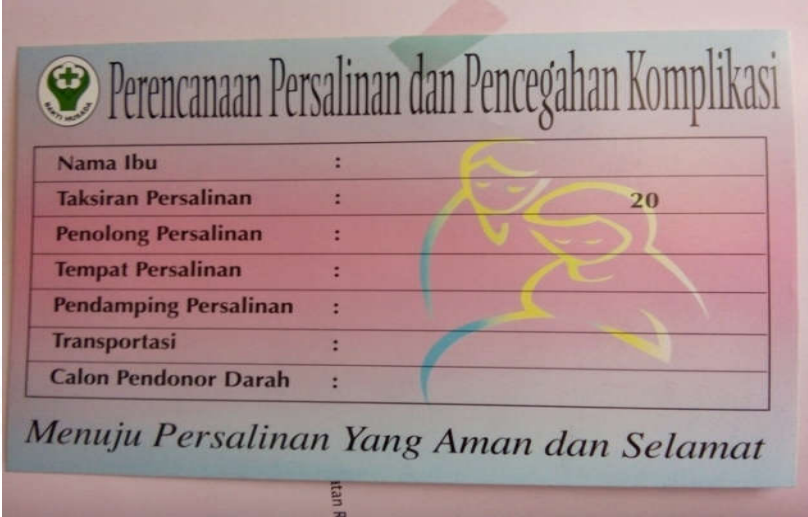
Kader melakukan kegiatan pengumpulan dana kepada ibu hamil yang nantinya dana tersebut akan digunakan untuk membiayai proses melahirkan. Prosentase ibu hamil yang mempunyai tabulin adalah 0 persen atau tidak ada sama sekali yang mempunyai tabulin karena semua ibu hamil lebih memilih menabung sendiri untuk biaya persalinan. Selain itu banyak masyarakat yang sudah menggunakan BPJS Kesehatan sehingga ibu hamil tidak perlu menanggung biaya persalinan karena sudah gratis.

f) Prosentase pemasangan stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi)

Setiap rumah kepala keluarga yang terdapat ibu hamil diwajibkan memasang stiker P4K di depan pintu yang tujuannya untuk menandai bahwa di rumah tersebut sedang ada ibu yang hamil. Pemasangan stiker P4K juga bertujuan

agar masyarakat di sekitar rumah ibu hamil tersebut bisa mengetahui dan ikut memantau perkembangan ibu hamil. Prosentase pemasangan stiker P4K sudah mencapai 100 persen karena semua kepala keluarga yang ada ibu hamil di Kecamatan Beji sudah memasang stiker P4K di depan pintu rumahnya.

Gambar 4.13 : Stiker P4K (Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi) di Desa Gunungsari, Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2017



Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi	
Nama Ibu	:
Taksiran Persalinan	: 20
Penolong Persalinan	:
Tempat Persalinan	:
Pendamping Persalinan	:
Transportasi	:
Calon Pendorong Darah	:

Menuju Persalinan Yang Aman dan Selamat

Sumber: Data Primer Hasil Obsevasi Penulis Tahun 2017

g) Prosentase akseptor KB (Keluarga Berencana)

Kader melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap jenis KB yang digunakan oleh setiap pasangan usia subur. Prosentase akseptor KB belum mencapai 100 persen karena setiap pasangan yang baru menikah ingin memiliki anak sehingga masih tidak memerlukan KB.

h) Prosentase akses sanitasi dasar

Kader melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap sanitasi dasar apa yang dipakai oleh setiap keluarga karena sanitasi dasar yang tidak baik seperti membuang air di sungai dapat mencemari lingkungan. Prosentase akses sanitasi

dasar sudah mencapai 100 persen karena semua masyarakat di Kecamatan Beji tidak ada lagi yang membuang air di sungai.

i) Prosentase akses konsumsi garam beryodium

Kader melakukan pemantauan terhadap jenis garam apa yang dipakai oleh setiap keluarga binaannya untuk mengetahui apakah garam yang dikonsumsi sudah mengandung yodium karena garam beryodium sangat penting bagi pertumbuhan janin dalam kandungan. Prosentase akses konsumsi garam beryodium sudah mencapai 100 persen karena semua masyarakat di Kecamatan Beji sudah mengonsumsi garam beryodium.

j) Prosentase ASI eksklusif

Kader melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap bayi usia 0-6 bulan pertama yang hanya boleh diberikan ASI dan tidak boleh diberikan makanan pendamping atau minuman prelakteal lainnya. Manfaat dari ASI eksklusif sangat banyak diantaranya mengandung antibodi, meningkatkan kecerdasan bayi, merangsang pertumbuhan gigi dan supaya ada ikatan antara ibu dan bayi. Prosentase bayi yang diberikan ASI eksklusif sudah mencapai 100 persen karena semua ibu di Kecamatan Beji sudah memberikan ASI eksklusif kepada bayi mereka yang berusia 0-6 bulan.

k) Prosentase intervensi yang dilakukan terhadap permasalahan kesehatan yang ada

Setiap kader harus mampu mendorong ibu hamil dan keluarga binaannya untuk melakukan hidup sehat serta selalu aktif untuk memberitahukan permasalahan kesehatan yang dialami oleh keluarga binaannya kepada bidan desa. Prosentase kader yang melakukan intervensi terhadap permasalahan kesehatan

keluarga binaannya belum mencapai 100 persen karena masih ada beberapa kader yang kurang tanggap apabila terdapat permasalahan pada keluarga binaannya.

4) Indikator Dampak (*Outcome*)

Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 2 Juni di Puskesmas Beji mengungkapkan bahwa

“Semua indikator dampak (*outcome*) sudah berhasil menunjukkan peningkatan selama Program Kader Asuh di Puskesmas Beji berlangsung dari tahun ke tahun meskipun peningkatan tersebut tidak terlalu signifikan tetapi sedikit demi sedikit dapat meningkatkan semangat kader untuk ikut berpartisipasi dalam kegiatan Program Kader Asuh.”

Berdasarkan pernyataan di atas dan observasi peneliti, maka dapat diketahui hasil dari sembilan indikator dampak (*outcome*) keberhasilan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji yaitu:

- a) Menurunkan AKI dan AKB

Tabel 4.10 : Data Jumlah Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Kecamatan Beji, Kabupaten Pasuruan Tahun 2014 sampai 2016

Tahun	Angka Kematian Ibu	Angka Kematian Bayi
2014	360,23 per 100.000 kelahiran hidup (5 orang)	5,04 per 1000 kelahiran hidup (7 bayi)
2015	230,24 per 100.000 kelahiran hidup (3 orang)	4,6 per 1000 kelahiran hidup (6 bayi)
2016	148,49 per 100.000 kelahiran hidup (2 orang)	2,97 per 1000 kelahiran hidup (4 bayi)

Sumber: Wawancara dengan Seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) Puskesmas Beji Tahun 2017

Dari tabel 4.10 dapat diketahui adanya penurunan pada angka kematian ibu dan angka kematian bayi selama tiga tahun terakhir. Pada awal tahun 2017 sampai sekarang masih belum ditemukan adanya kematian ibu dan bayi di

wilayah Kecamatan Beji. Ini menunjukkan bahwa pelaksanaan Program Kader Asuh bisa menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi di Kecamatan Beji.

b) Meningkatkan cakupan pemeriksaan ibu hamil

Sejak adanya Program Kader Asuh, pemeriksaan ibu hamil di Kecamatan Beji telah meningkat karena setiap ibu hamil akan dipantau oleh setiap kader selama masa kehamilan sampai kelahiran dan apabila terjadi permasalahan pada ibu hamil maka kader akan segera memberitahukan kepada bidan desa untuk segera dilakukan pemeriksaan serta tindakan yang tepat untuk mengatasi masalah tersebut.

c) Meningkatkan cakupan deteksi dini ibu hamil resiko tinggi

Sejak adanya Program Kader Asuh, deteksi dini terhadap ibu hamil yang mempunyai resiko tinggi telah meningkat. Ibu hamil di wilayah Kecamatan Beji sudah dipantau oleh kader, sehingga apabila terdapat ibu hamil yang terdeteksi mengalami resiko tinggi dapat langsung diketahui oleh kader. Selanjutnya kader akan langsung melaporkannya kepada bidan desa sehingga dapat segera dilakukan tindakan oleh bidan desa.

d) Meningkatkan monitoring terhadap kesehatan ibu hamil

Sejak adanya Program Kader Asuh, monitoring terhadap kesehatan ibu hamil telah meningkat karena setiap ibu hamil akan mendapatkan pemantauan atau pengawasan langsung dari kader. Selain itu masyarakat di sekitar ibu hamil juga dapat membantu mengawasi keadaan tetangganya yang sedang hamil dari adanya stiker P4K yang ditempel di pintu rumah yang terdapat ibu hamil.

e) Meningkatkan persalinan ibu hamil ke tenaga kesehatan

Sejak adanya Program Kader Asuh, maka sudah tidak ada lagi ibu hamil yang melakukan persalinan ke dukun karena kader atau bidan desa akan mengantarkan ibu hamil yang akan melahirkan ke Puskesmas Beji. Dalam hal ini Puskesmas Beji sudah memberikan pelayanan terbaik kepada ibu yang melahirkan karena sedikit sekali terdapat kasus kematian ibu dan kematian bayi selama proses persalinan.

f) Meningkatkan cakupan partisipasi masyarakat di posyandu

Sejak adanya Program Kader Asuh, partisipasi masyarakat di Posyandu telah meningkat karena setiap bulan mereka akan mengikuti kegiatan posyandu untuk menimbang tinggi dan berat badan bayi atau balita yang kemudian dicatat dalam Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak). Sebagian besar masyarakat di Kecamatan Beji sudah mengetahui akan pentingnya kegiatan posyandu untuk perkembangan dan pertumbuhan bayi dan balita mereka meskipun masih ada yang tidak pernah mengikutinya karena sibuk bekerja.

g) Meningkatkan cakupan deteksi dini tumbuh kembang anak

Sejak adanya Program Kader Asuh, deteksi dini terhadap pertumbuhan kembang anak meningkat karena setiap bayi atau balita setiap bulan akan dipantau berat dan tinggi badan bayi atau balita saat kegiatan posyandu. Setiap bayi dan balita yang dipantau akan dicatat berat badan dan tinggi badannya setiap bulan sehingga dapat diketahui bagaimana pertumbuhannya. Apabila terdapat masalah pada pertumbuhan bayi dan balita tersebut, bidan desa akan memberikan vitamin dan solusi tentang makanan apa yang baik untuk dikonsumsi.

h) Meningkatkan cakupan sanitasi dasar

Sejak adanya Program Kader Asuh, semua masyarakat di Kecamatan Beji sudah mempunyai sanitasi dasar yang baik karena jika masih ada masyarakat yang masih membuang air di sungai karena tidak mempunyai dana untuk membuat sanitasi dasar yang baik maka kader akan melaporkannya kepada kepala desa. Selanjutnya kepala desa akan memberikan bantuan dengan dibuatkannya sanitasi dasar sehingga masyarakat tidak ada lagi yang membuang air di sungai karena dapat mencemari lingkungan.

i) Meningkatkan cakupan gizi

Sejak adanya Program Kader Asuh, sebagian besar masyarakat di Kecamatan Beji sudah mengonsumsi gizi yang baik. Hal itu dapat diketahui dari Buku Catatan Cerdas Kader Asuh yang mencatat tentang jenis makanan apa yang mereka makan, garam beryodium atau tidak yang mereka konsumsi, jenis suplemen gizi apa yang mereka minum, apakah sudah memberi ASI eksklusif kepada bayi usia 0-6 bulan serta apakah mereka sarapan pagi atau tidak.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

a. Faktor Pendukung

1) Internal

Menurut Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 3 Mei 2017 di Puskesmas Beji ada dua faktor pendukung internal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, beliau mengatakan,

“Faktor pendukungnya kalau dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, kami dari Puskesmas Beji mendapatkan Buku Petunjuk Teknis Program

Kader Asuh, sedangkan kalau untuk desa mendapatkan Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan adanya pelatihan para kader dari mereka. Kami juga mendapat bantuan dana dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan untuk kegiatan posyandu. Selain itu masyarakat di sini juga berminat untuk menjadi kader di desanya jadi tidak ada masalah dalam pemilihan kader. Setiap tahun jumlah kader di Kecamatan Beji tidak pernah berkurang justru pada tahun 2016 kemarin bertambah 5 orang menjadi 505 kader.”

Dari pemaparan wawancara di atas, maka dapat dijelaskan bahwa faktor pendukung internal pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari:

a) Adanya bantuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan selaku pihak yang merencanakan Program Kader Asuh telah memberikan bantuan berupa sarana dan prasarana kesehatan kepada Puskesmas Beji yang selanjutnya diberikan kepada setiap desa di wilayah Puskesmas Beji. Sarana dan prasarana yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan berupa Buku Petunjuk Teknis Kader Asuh, Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan pelatihan kader di setiap desa. Menurut Ibu Sujati selaku Kader di Desa Gunungsari pada 6 Juni 2017 di Posyandu Gunungsari mengatakan bahwa

“Dalam melakukan pemantauan, Buku Catatan Cerdas Kader Asuh sangatlah penting karena di dalam buku tersebut sudah ada tabel-tabel tentang apa saja yang perlu saya catat jadi saya tinggal mengisinya saja berdasarkan keadaan keluarga binaan saya. Saya juga tidak mengalami kesulitan apapun saat mengisinya karena sebelumnya saya sudah mendapatkan pelatihan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sebelum Program Kader Asuh dilaksanakan.”

Adanya Buku Catatan Cerdas Kader Asuh yang diberikan kepada setiap kader dapat memberikan kemudahan kepada kader dalam menjalankan tugasnya. Pelatihan yang diberikan kepada para kader juga sangat penting untuk memberikan pengetahuan dan penyuluhan dalam proses kegiatan Program Kader Asuh. Selain itu bantuan dana yang diberikan oleh Pemerintah Kabupaten

Pasuruan sangat diperlukan untuk menunjang kelancaran kegiatan posyandu seperti pemberian vitamin dan makanan sehat kepada ibu dan balita pada saat kegiatan posyandu.

b) Adanya minat yang tinggi dari para kader

Kader merupakan aktor yang paling penting dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena merekalah yang mempunyai tugas secara sukarela untuk memantau, mencatat, melakukan intervensi dan melaporkan kondisi kesehatan keluarga binaannya kepada bidan desa. Menurut Ibu Sri Rahayu selaku Kader di Desa Gunungsari pada 6 Juni 2017 di Posyandu Gunungsari mengatakan bahwa

“Saya senang sekali bisa jadi kader karena saya dapat membantu tetangga saya apabila ada yang hamil dan saya juga bisa sekalian bersilaturahmi dengan mereka. Menjadi kader bukanlah pekerjaan yang berat bagi saya, saya hanya perlu mendatangi rumah tetangga apabila ada yang sedang hamil untuk menanyakan bagaimana kondisi kehamilan mereka lalu mencatatnya. Setiap bulan saya tidak keberatan mengikuti kegiatan posyandu untuk mencatat tinggi dan berat badan balita dari keluarga binaan saya.”

Adanya minat yang tinggi dari para kader di desa wilayah Kecamatan Beji tentu sangat mendukung dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena tanpa adanya minat yang tinggi, setiap kader tidak akan mempunyai semangat dan tidak akan aktif dalam menjalankan tugasnya. Masyarakat di wilayah Kecamatan Beji sangat antusias untuk menjadi kader, hal itu dibuktikan dengan bertambahnya jumlah kader yang dengan sukarela mengajukan diri sebagai kader di Kecamatan Beji. Pada tahun 2014 dan 2015 jumlah kader untuk 14 desa di wilayah Kecamatan Beji berjumlah 500 kader kemudian bertambah menjadi 505 pada tahun 2016.

2) Eksternal

Faktor pendukung eksternal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji juga dipaparkan oleh Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 3 Mei 2017 di Puskesmas Beji, bahwa

“Masyarakat di sini sangat menyambut sekali dengan adanya Program Kader Asuh karena jika ada warga yang hamil akan ada yang memperhatikan kondisi kehamilan mereka. Faktor lainnya dari organisasi masyarakat di desa seperti PKK juga ikut membantu dalam menyelesaikan Program Kader Asuh melalui sosialisasi yang diberikan kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh pada saat pertemuan PKK.”

Dari pemaparan wawancara di atas, maka dapat dijelaskan bahwa faktor pendukung eksternal pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari:

a) Adanya sambutan yang baik dari masyarakat

Semua masyarakat desa di wilayah Kecamatan Beji sangat senang dengan adanya Program Kader Asuh karena mereka ada yang membantu selama masa kehamilan sampai proses melahirkan. Selain itu kondisi pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita mereka juga mendapatkan pemantauan dari kader setiap bulan. Hal itu berdasarkan pernyataan dari Ibu Indri Chumairoh selaku salah satu masyarakat Desa Gunungsari pada 8 Mei 2017 di Posyandu Desa Gunungsari yang mengatakan

“Saya sangat terbantu sekali dengan adanya Program Kader Asuh ini karena dulu selama saya hamil sampai melahirkan, ada kader yang selalu mengawasi dan membantu saya saat terjadi masalah pada kehamilan saya. Selain itu bayi saya setiap bulannya pada saat kegiatan posyandu selalu dipantau berat badannya. Jika saya tidak ikut kegiatan posyandu, pasti kader akan mendatangi rumah saya untuk memberitahu saya agar mengikuti kegiatan posyandu.”

Pernyataan di atas juga didukung oleh Ibu Srianik selaku ibu hamil serta masyarakat Desa Gunungsari pada 8 Mei 2017 di Posyandu Desa Gunungsari, bahwa

“Jujur saja, sejak adanya Program Kader Asuh saya merasa senang karena kandungan dan pertumbuhan balita saya ada yang mengawasi. Bukan itu saja bahkan kader juga memberitahu saya tentang bagaimana cara menjaga kandungan dengan baik seperti apa saja makanan yang sebaiknya di makan untuk ibu hamil dan apa saja yang harus dilakukan untuk menjaga kehamilan.”

Selain melakukan pemantauan kepada keluarga binaannya, setiap kader juga menambah pengetahuan kepada ibu yang sedang hamil tentang apa saja yang harus dilakukan pada masa kehamilan sampai menyusui dan makanan apa saja yang baik dikonsumsi untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita. Selain itu dengan adanya Program Kader Asuh juga dapat mempererat hubungan kekeluargaan di antara masyarakat desa yaitu antara kader dan para keluarga binaannya.

b) Adanya dukungan dari organisasi masyarakat

Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji juga didukung oleh organisasi masyarakat yang ada di setiap desa seperti PKK, Fatayat dan lain-lain. Hal itu berdasarkan pernyataan dari Ibu Ika Wahyuni selaku Bidan Desa di Desa Gunungsari pada 8 Mei 2017 di Posyandu Desa Gunungsari yang mengatakan

“Setiap bulan sekali di Desa Gunungsari selalu mengadakan kegiatan PKK yang diikuti oleh sebagian besar ibu-ibu yang berprofesi sebagai ibu rumah tangga. Dalam kegiatan PKK tersebut saya juga ikut dan dalam kesempatan tersebut saya tidak hanya memberikan informasi akan pentingnya Program Kader Asuh tetapi juga tentang program-program kesehatan lainnya.”

Peran organisasi masyarakat dalam mendukung pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji adalah dengan memberikan sosialisasi program-

program kesehatan di dalam kegiatan mereka. Adanya dukungan dari organisasi masyarakat sangat berguna dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena dapat memberikan informasi kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh melalui pertemuan organisasi masyarakat di desa sehingga masyarakat akan ikut mendukung dan berpartisipasi dalam kegiatan Program Kader Asuh.

b. Faktor Penghambat

1) Internal

Dari penuturan Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 3 Mei 2017 di Puskesmas Beji ada dua faktor penghambat internal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, beliau mengatakan bahwa:

“Kalau untuk faktor penghambatnya itu dari faktor keuangan yang diberikan oleh Pemerintah Kabupaten Pasuruan kepada setiap kader sangat sedikit, hanya Rp 20.000 satu bulannya. Kalau untuk semua total anggaran dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang dianggarkan untuk Program Kader Asuh, saya mohon maaf tidak bisa memberi tahu karena itu bersifat rahasia. Selain itu, Puskesmas Beji juga tidak bisa memberikan penghargaan kepada kader yang aktif karena keterbatasan dana dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan sehingga dapat memengaruhi semangat kader dalam menjalankan tugasnya.”

Dari pemaparan wawancara di atas, maka dapat dijelaskan bahwa faktor penghambat internal pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari:

- a) Kurangnya dana dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang diberikan kepada para kader

Keikutsertaan kader dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Kecamatan Beji bersifat sukarela tanpa imbalan gaji, akan tetapi meskipun begitu setiap kader juga harus diberi imbalan sebagai bentuk terima kasih karena sudah bersedia menjalankan tugasnya untuk memantau, mencatat, melakukan intervensi

dan melaporkan kondisi keluarga binaannya kepada bidan desa. Menurut Ibu Sujiati selaku Kader di Desa Gunungsari pada 6 Juni 2017 di Posyandu Gunungsari mengatakan bahwa

“Uang yang saya dapat dari pekerjaan saya sebagai kader hanya Rp 20.000 setiap bulan, uang tersebut juga diberikan tidak selalu rutin setiap bulan sekali, kadang tiga bulan sekali, empat bulan sekali, enam bulan sekali tergantung turunnya dari Pemerintah. Sebenarnya jumlah tersebut sangat sedikit bagi saya tapi memang segitu yang dikasih jadi ya saya terima saja karena memang niat saya menjadi kader untuk menolong warga bukan karena imbalan yang diberikan.”

Dana yang diberikan oleh Pemerintah Kabupaten Pasuruan kepada setiap kader jumlahnya sangat sedikit yaitu 20.000 rupiah setiap bulan. Jumlah yang sangat sedikit tersebut tidak pernah ada peningkatan selama beberapa tahun. Meskipun dana yang diterima oleh kader sangat sedikit, tetapi sebagian besar kader di Kecamatan Beji tetap aktif dalam menjalankan tugas karena mereka menyadari menjadi kader harus secara sukarela tanpa mengharapkan imbalan apapun.

b) Tidak adanya penghargaan (*reward*) untuk kader

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji, para kader dalam menjalankan tugasnya tidak mendapat imbalan yang sesuai dengan keaktifan mereka. Semua kader yang aktif ataupun kurang aktif diberikan imbalan yang sama yaitu sebesar Rp 20.000 setiap bulan. Berdasarkan pernyataan dari Ibu Sri Rahayu selaku Kader dari Desa Gunungsari pada 6 Juni 2017 di Posyandu Gunungsari, bahwa

“Selama saya menjadi kader saya belum pernah menerima penghargaan apapun dari Puskesmas Beji padahal saya sudah menjadi kader dari tahun 2000. Meskipun begitu saya tetap ingin menjadi kader karena saya dapat membantu masyarakat dan juga lebih dekat dengan masyarakat.”

Dengan jumlah gaji yang sangat sedikit itu, seharusnya Puskesmas Beji melakukan sesuatu untuk memberikan motivasi kepada para kader supaya selalu bisa aktif dalam menjalankan tugas mereka. Tapi pada kenyataannya Puskesmas Beji sama sekali tidak memberikan apapun untuk para kader. Adanya penghargaan yang diberikan untuk kader yang aktif sangatlah penting untuk memberikan motivasi dan menumbuhkan semangat bersaing kader untuk menjadi yang paling aktif di desa. Penghargaan tidak perlu berupa uang atau barang, tetapi bisa berupa piagam yang diberikan kepada kader yang paling aktif di desa. Pemberian penghargaan merupakan bentuk perhatian Puskesmas Beji dalam rangka sebagai ucapan terima kasih kepada kader atas kerja keras mereka dalam menjalankan Program Kader Asuh.

2) Eksternal

Faktor penghambat eksternal pada pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji terdiri dari dua faktor sesuai dengan yang diungkapkan oleh Ibu Maritadya Nurfiani selaku Seksi Promkes (Promosi Kesehatan) Puskesmas Beji pada 3 Mei 2017 di Puskesmas Beji, yang mengungkapkan bahwa

“Faktor penghambat dari luarnya itu berasal dari kondisi sosial di Kecamatan Beji dimana banyak sekali terdapat masyarakat pendatang dari luar kecamatan Beji untuk bekerja di pabrik. Jika ada yang hamil, mereka juga dipantau oleh kader tapi masalahnya jika mereka sudah kembali lagi ke tempat asal mereka, kader sudah tidak bisa lagi memantau kondisi kehamilan mereka. Selain itu kebanyakan ibu disini bekerja di pabrik jadi mereka tidak pernah mengikuti kegiatan PKK dan kegiatan posyandu.”

Dari pemaparan wawancara di atas, maka dapat dijelaskan bahwa faktor penghambat eksternal pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari:

a) Banyaknya masyarakat pendatang dari luar Kecamatan Beji

Di Kecamatan Beji terdapat banyak perusahaan besar atau pabrik yang menyerap banyak tenaga kerja sehingga banyak masyarakat dari luar Kecamatan Beji baik yang masih berasal dari Kabupaten Pasuruan maupun dari luar Kabupaten Pasuruan yang tinggal di Kecamatan Beji dengan tujuan untuk bekerja. Menurut Ibu Nurul Aini selaku Kader di Desa Cangkringmalang pada 11 Juni 2017 di Posyandu Cangkringmalang mengatakan bahwa

“Disini banyak masyarakat yang berasal dari luar Kecamatan Beji untuk bekerja di pabrik-pabrik, selama tinggal disini mereka ada yang ngekos dan ada yang ngntak. Jika ada yang hamil, mereka tetap saya pantau tetapi jika mereka pindah atau kembali ke kampung halaman mereka saya juga tidak bisa mengunjungi rumah mereka yang cukup jauh untuk memantau dan mencatat kondisi kehamilan mereka.”

Meskipun bukan penduduk yang tinggal menetap di Kecamatan Beji, tetapi masyarakat yang tinggal di Kecamatan Beji untuk bekerja juga merupakan bagian dari sasaran Program Kader Asuh apabila ada dari mereka yang sedang hamil. Kader akan tetap melakukan pemantauan setiap bulan terhadap kondisi kehamilan mereka. Akan tetapi apabila mereka kembali ke tempat asal dalam keadaan masih hamil maka kader sudah tidak dapat lagi melakukan pemantauan karena lokasi kader dengan tempat tinggal keluarga binaannya sudah jauh.

b) Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader

Asuh

Kurangnya sosialisasi yang diberikan kepada masyarakat tentang pentingnya Program Kader Asuh dapat menyebabkan masyarakat tidak mengetahui akan pentingnya Program Kader Asuh. Menurut Ibu Siti Aminah

selaku Bidan Desa di Desa Cangkringmalang pada 5 Juni 2017 di Polindes Cangkringmalang mengatakan bahwa

“Kalau untuk sosialisasi kepada masyarakat hanya dilakukan pada saat pertemuan PPK di desa satu bulan sekali, ada beberapa masyarakat di sini yang tidak pernah mengikuti pertemuan PKK karena sibuk bekerja di pabrik. Mereka juga ada yang tidak membutuhkan pemantauan dari kader karena sudah memeriksa kondisi kehamilan mereka kepada dokter di tempat mereka bekerja.”

Adanya masyarakat yang tidak membutuhkan pemantauan dari kader dikarenakan kurangnya sosialisasi yang diberikan kepada mereka akan pentingnya Program Kader Asuh. Sosialisasi hanya dilakukan pada saat pertemuan PKK saja dimana tidak semua masyarakat dapat mengikuti pertemuan PKK karena mereka memiliki kesibukan bekerja di pabrik. Selain itu ibu hamil yang berprofesi sebagai pegawai di pabrik menganggap pemantauan kader tidak diperlukan karena mereka sudah melakukan pemeriksaan kepada bidan atau dokter di tempat mereka bekerja. Beberapa ibu yang bekerja di pabrik juga tidak pernah mengikuti kegiatan posyandu untuk mengetahui bagaimana perkembangan dan pertumbuhan bayi dan balita mereka karena kesibukan mereka.

C. Analisis Data

1. Implementasi Program Kader Asuh dalam Rangka Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

Implementasi merupakan pelaksanaan dari keputusan kebijakan dalam bentuk undang-undang yang diambil oleh para pengambil keputusan (legislatif). Suatu keputusan kebijakan diambil karena adanya masalah-masalah yang terjadi dalam kehidupan masyarakat. Pakar Prancis, Lemieux yang dikutip oleh Abdul

Wahab (2012:15), merumuskan kebijakan publik sebagai produk aktivitas-aktivitas yang dimaksudkan untuk memecahkan masalah-masalah publik yang terjadi dilingkungan tertentu yang dilakukan oleh aktor-aktor politik yang hubungannya terstruktur. Program Kader Asuh merupakan suatu program yang diambil oleh Pemerintah Kabupaten Pasuruan dikarenakan adanya masalah-masalah kesehatan yang dialami oleh ibu hamil, bayi dan balita.

Program Kader Asuh adalah salah satu program inovasi Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang merupakan turunan dari Program KIBBLA (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak) dimana tujuan utamanya adalah untuk menurunkan jumlah Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) di Kabupaten Pasuruan. Program Kader Asuh juga merupakan Program Swadaya Masyarakat yang dilakukan oleh masyarakat dengan dibina dan difasilitasi oleh pukesmas sebagai kepanjangan tangan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.

Program kesehatan untuk ibu (dari hamil, melahirkan sampai menyusui), bayi baru lahir dan balita tersebut tercantum dalam Peraturan Daerah Kabupaten Pasuruan Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA (Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Anak). Pemerintah Kabupaten Pasuruan hingga saat ini belum mempunyai peraturan daerah yang secara spesifik mengatur tentang Program Kader Asuh tetapi hanya sebatas Keputusan Bupati Pasuruan Nomor 440/749/HK/424.013/2013 tentang Pembentukan Kelompok Kerja Kader Asuh Kabupaten Pasuruan Tahun 2013. Sebagai landasan hukumnya, Program Kader Asuh menggunakan Peraturan Daerah Kabupaten Pasuruan Nomor 2 Tahun 2009 tentang KIBBLA karena mempunyai tujuan yang sama.

a. Aktor-Aktor Pelaksana Program Kader Asuh

James Anderson dalam Leo Agustino (2012:7) mendefinisikan kebijakan publik sebagai serangkaian kegiatan yang diikuti dan dilaksanakan oleh aktor atau sekelompok aktor yang berhubungan dengan suatu permasalahan atau suatu hal yang diperhatikan. Dalam pelaksanaan kebijakan dibutuhkan sarana-sarana untuk mendukung tercapainya tujuan dari kebijakan. Sarana terpenting dalam pelaksanaan suatu kebijakan adalah sumber daya baik berupa sumber daya manusia maupun sumber daya finansial. Sumber daya merupakan salah satu dari empat variabel yang memengaruhi keberhasilan sebuah kebijakan menurut George C. Edwards III (1980). Sumber daya manusia yang dimaksud dalam Program Kader Asuh ini adalah para aktor yang terlibat dalam proses persiapan, pelaksanaan sampai pengawasan terlaksananya Program Kader Asuh. Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji terdapat tiga tingkatan aktor yang berperan yaitu di tingkat kabupaten (Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan), tingkat kecamatan (Puskesmas Beji) dan tingkat desa (bidan desa dan para kader). Selain melibatkan aktor dari bidang-bidang kesehatan, pelaksanaan program Kader Asuh juga didukung oleh aktor dari luar bidang kesehatan (aktor lintas sektor) baik dari organisasi pemerintah maupun luar pemerintah (organisasi masyarakat).

Menurut Widodo (2006:92), penetapan pelaku kebijakan bukan sekedar menetapkan lembaga mana dan siapa saja yang melaksanakan, tetapi juga menetapkan tugas pokok dan fungsi, kewenangan dan tanggung jawab dari masing-masing pelaku kebijakan tersebut. Masing-masing aktor dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji mempunyai tugas dan

funksinya masing-masing. Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sebagai tingkatan paling tinggi mempunyai tugas untuk mempersiapkan segala sesuatu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh seperti melakukan Rapat Koordinasi baik di tingkat kabupaten maupun tingkat puskesmas, membentuk Tim Pokja Kader Asuh tingkat kabupaten, melakukan sosialisasi Program Kader Asuh dan mempersiapkan kebutuhan administrasi. Selain itu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan juga mempunyai tugas untuk memonitoring pelaksanaan Program Kader Asuh di seluruh puskesmas di Wilayah Kabupaten Pasuruan serta mengevaluasi keberhasilan Program Kader Asuh setiap akhir tahun.

Puskesmas Beji sebagai pelaksana sekaligus perantara antara Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan desa mempunyai tugas untuk menyalurkan segala sesuatu yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kepada desa. Puskesmas Beji juga melakukan monitoring langsung ke seluruh desa yang berada bawah pengawasannya serta melakukan evaluasi keberhasilan Program Kader Asuh di wilayah Kecamatan Beji. Sedangkan aktor yang terlibat di desa meliputi bidan desa dan para kader. Setiap kader di desa mempunyai tugas pokok sebagai pelaksana Program Kader Asuh yang tugasnya melaksanakan seluruh kegiatan mulai dari pemetaan sasaran, pendampingan, pemantauan, pencatatan serta pelaporan kondisi keluarga binaannya kepada bidan desa. Bidan desa sendiri mempunyai tugas untuk membina para kader setiap bulan serta melaporkan kegiatan kader asuh kepada Puskesmas Beji dan memberikan perawatan terhadap masyarakat desa yang mengalami permasalahan kesehatan.

b. Koordinasi atau Hubungan Aktor-Aktor dalam Implementasi Program Kader Asuh

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh terdapat koordinasi atau hubungan yang terjalin di antara aktor-aktor baik hubungan antar tingkatan tertinggi dengan tingkatan yang ada di bawahnya maupun hubungan antar organisasi pemerintah dan non pemerintah. Pernyataan tersebut sesuai dengan yang dikemukakan Eystone sebagaimana dikutip oleh Abdul Wahab (2012:13) bahwa kebijakan publik adalah antar hubungan yang berlangsung di antara unit atau satuan pemerintahan dengan lingkungannya. Menurut Brian W. Hogwood dan Lewis A. Gunn (1978:1986) dalam Abdul Wahab (2016:167), salah satu syarat untuk dapat mengimplementasikan kebijakan publik secara sempurna (*perfect implementation*) adalah komunikasi dan koordinasi yang sempurna.

Koordinasi yang terjadi berupa sosialisai dalam bentuk kegiatan musyawarah atau pertemuan yang dihadiri oleh para aktor pelaksana Program Kader Asuh. Sosialisasi dalam suatu kebijakan merupakan cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Pelaksanaan Program Kader Asuh harus disosialisasikan agar mempunyai dampak atau tujuan yang diinginkan. Di dalam sosialisasi terdapat proses interaksi antara satu aktor dengan aktor lainnya untuk menghasilkan suatu kesepakatan bersama.

Kegiatan sosialisasi dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dilakukan secara formal dan informal. Pada tingkatan paling atas yaitu tingkat kabupaten telah dilakukan sosialisasi secara formal dalam bentuk rakor (Rapat Koordinasi) pada awal pembentukan Program Kader Asuh yang dihadiri oleh Seksi-Seksi Kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan, Bapemas (Badan

Pemberdayaan Masyarakat), PKK, Kantor KB, Bapak Camat, Ibu Camat, Kepala Puskesmas dan Bidan Koordinator. Pelaksanaan rakor juga dilakukan setiap tahun di tingkat kecamatan yang dihadiri oleh Kepala Puskesmas, Bidan Koordinator, Bidang Gizi, Bidang Promkes, Bidang Kesling, perwakilan dari camat dan pihak desa seperti aparat desa, bidan desa, PKK desa dan kader-kader di setiap desa.

Sosialisasi yang sering dilakukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh terdapat pada tingkatan paling bawah karena setiap bulannya selalu dilakukan sosialisasi secara informal oleh para kader dengan bidan desa pada saat kegiatan posyandu selesai dan pada pertemuan PKK di desa. Masalah yang dibahas dalam kegiatan posyandu menyangkut masalah-masalah dalam proses kehamilan yang dialami oleh ibu hamil. Masalah-masalah tersebut dilaporkan kepada bidan desa oleh para kader yang bertugas memantau kondisi masing-masing keluarga binaannya. Selanjutnya bidan desa memberikan solusi dan saran kepada para kader dalam menghadapi setiap permasalahan yang dihadapinya. Sedangkan pada pertemuan PKK dilakukan pembinaan dan sosialisasi jika ada program baru, serta monitoring dan evaluasi kegiatan.

Salah satu faktor yang memengaruhi implementasi kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn (1975) adalah adanya hubungan antar organisasi karena dalam banyak program, implementasi sebuah program perlu dukungan dan koordinasi dengan instansi lain. Untuk itu, diperlukan koordinasi dan kerjasama antar instansi bagi keberhasilan suatu program. Selain aktor dalam bidang kesehatan, sosialisasi dalam Program Kader Asuh juga terdapat pada aktor lintas sektor yang menyangkut hubungan antara organisasi non pemerintah atau organisasi masyarakat seperti PKK, Fatayat, Muslimat dan Aisyiyah dengan

masyarakat. Sosialisasi yang diberikan berupa sosialisasi program-program kesehatan dalam kegiatan-kegiatan PKK, Fatayat, Muslimat dan Aisyiyah. Di dalam kegiatan-kegiatan kemasyarakatan tersebut sosialisasi juga berupa pembinaan teknis terhadap posyandu dan permasalahan kesehatan yang muncul di desa.

c. Prosedur Pelaksanaan Program Kader Asuh

Pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari tiga tahapan mulai dari persiapan, pelaksanaan sampai monitoring dan evaluasi.

1) Persiapan

Salah satu langkah awal dalam tahap implementasi program menurut Tachjan (2006:35) adalah mendesain program beserta perincian tugas dan perumusan tujuan yang jelas, penentuan ukuran prestasi kerja, biaya dan waktu. Tahap pertama merupakan tahap awal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di mulai dari tahap persiapan yaitu dengan adanya rapat koordinasi tingkat kabupaten, pembentukan Tim Pokja Kader Asuh tingkat kabupaten, rapat koordinasi tingkat puskesmas dan persiapan administrasi.

Persiapan Program Kader Asuh hanya dilakukan sekali saat pembentukan Program Kader Asuh dimulai yang dilaksanakan di Kabupaten Pasuruan pada tahun 2013. Meskipun begitu, tahap persiapan merupakan tahap yang penting dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena pada tahap inilah segala sesuatu yang diperlukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dipersiapkan dengan baik mulai dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, biaya sampai jadwal kegiatan. Pada tahap ini diperlukan untuk mencari dukungan lintas sektor dan

lintas program baik di tingkat kabupaten maupun kecamatan yang tujuannya untuk menyebarluaskan informasi tentang Program Kader Asuh.

Pada tahap persiapan Program Kader Asuh sudah berjalan sesuai dengan prosedurnya karena segala kebutuhan administrasi seperti Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh, Buku Catatan Cerdas Kader Asuh dan Form Pelaporan telah disiapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Selain itu kegiatan pada tahap perencanaan Program Kader Asuh juga sudah berhasil dijalankan dengan baik seperti pelatihan para kader di desa, adanya rakor (Rapat Koordinasi) di tingkat kabupaten dan puskesmas serta sosialisasi Program Kader Asuh oleh organisasi masyarakat.

2) Pelaksanaan

Pada tahap selanjutnya yaitu tahap pelaksanaan Program Kader Asuh juga sesuai dengan pendapat Tachjan (2006:35) yang menyebutkan langkah kedua dalam tahap implementasi program yaitu melaksanakan (mengaplikasikan) program, dengan mendayagunakan struktur-struktur dan personalia, dana dan sumber-sumber lainnya, prosedur-prosedur dan metode-metode yang tepat. Dalam tahap ini, segala sesuatu yang sudah direncanakan pada tahap persiapan Program Kader Asuh harus dilaksanakan sesuai dengan jadwal perencanaan yang telah ditetapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Puskesmas Beji.

Pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari beberapa kegiatan yaitu dimulai dari pelatihan para Kader Asuh di masing-masing desa dan pemetaan sasaran pendampingan kader asuh. Setelah itu para kader yang terdiri dari lima kader di setiap posyandu akan membagi kepala keluarga yang menjadi keluarga binaannya sesuai dengan kesepakatan para kader. Tugas kader selanjutnya adalah

melakukan pendampingan dan pemantauan terhadap kondisi sasaran melalui Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Apabila terdapat masalah pada keluarga binaannya maka kader harus melakukan intervensi secara mandiri maupun bersama dengan bidan desa. Selanjutnya kader harus melaporkan hasil kegiatan selama proses pemantauan terhadap keluarga binaannya kepada bidan desa.

Pada tahap pelaksanaan Program Kader Asuh di Kecamatan Beji sudah berjalan dengan baik karena sebagian besar kader telah menjalankan tugasnya dengan baik. Hampir semua kader di wilayah Puskesmas Beji aktif dalam pelaksanaan Program Kader Asuh, hal itu dibuktikan dengan adanya hasil pencatatan yang telah diisi oleh kader pada Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Akan tetapi masih ada beberapa kader yang tidak aktif dalam pelaksanaan Program Kader Asuh karena kesibukan yang mereka miliki dan sedikitnya imbalan yang didapat oleh kader.

3) Monitoring dan Evaluasi

Pada tahap terakhir prosedur pelaksanaan Program Kader Asuh masih menggunakan pendapat Tachjan (2006:35) yaitu membangun sistem penjadwalan, monitoring dan sarana-sarana pengawasan yang tepat guna serta evaluasi (hasil) pelaksanaan kebijakan. Tahap monitoring dan evaluasi terdiri dari monev (monitoring dan evaluasi) di tingkat kabupaten dan puskesmas. Monev tingkat kabupaten dilakukan oleh Seksi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dengan memonitor laporan kegiatan kader asuh dari Puskesmas, supervisi fasilitas kader asuh ke puskesmas dan mengevaluasi keberhasilan Program Kader Asuh setiap akhir tahun. Monev tingkat puskesmas dilakukan setiap bulan oleh bidan desa melalui pembinaan kepada para kader, meminta laporan kegiatan kader asuh

dari bidan desa, supervisi kegiatan kader asuh di desa dan melakukan evaluasi keberhasilan kader asuh tingkat puskesmas.

Pada tahap monitoring dan evaluasi Program Kader Asuh di tingkat kabupaten, Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sudah menjalankan dengan baik. Setiap tahun Seksi Kesehatan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan melakukan monitoring langsung kepada semua puskesmas yang berada di wilayah Kabupaten Pasuruan termasuk Puskesmas Beji. Sedangkan di tingkat Puskesmas Beji juga sudah melakukan monitoring dan evaluasi setiap bulan dengan adanya pertemuan kader desa di setiap desa yang dihadiri oleh bidan desa, tim Puskesmas Beji dan para kader.

d. Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh

Indikator keberhasilan merupakan suatu acuan yang dibutuhkan dalam evaluasi suatu program untuk mengetahui apakah suatu program yang telah dilaksanakan berhasil mencapai tujuan yang diharapkan atau tidak dan apakah mempunyai dampak baik positif maupun negatif. Menurut Wibisono (1989), indikator keberhasilan program harus ditinjau dari setiap tahapan evaluasi antara lain:

- 1) Evaluasi *input* adalah tindakan menilai kesesuaian antara input program dengan tujuan program. *Input* adalah semua hal yang dibutuhkan untuk pelaksanaan kegiatan dalam rangka menghasilkan *output* dan tujuan program
- 2) Evaluasi *output* adalah kegiatan menilai sesuatu yang dihasilkan oleh suatu program dengan menggunakan *input* yang ada
- 3) Evaluasi *outcome* adalah kegiatan menilai manfaat yang diperoleh dari penggunaan *output* program
- 4) Evaluasi *impact* adalah kegiatan menilai dampak yang diperoleh dari *outcome* program

Indikator Keberhasilan Program Kader Asuh berdasarkan Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh (2014:11) terdiri dari empat indikator yaitu:

1) Indikator Masukan (*Input*)

Indikator *Input* merupakan rencana, yaitu alat atau cara yang diperlukan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh untuk dapat mencapai tujuan. Pernyataan tersebut sesuai dengan Kamus Webster yang dikutip oleh Abdul Wahab (2012:135), istilah *to implement* (mengimplementasikan) secara *lexicografis* berarti “*to provide the means for carrying out* (menyediakan sarana untuk melaksanakan sesuatu) dan *to give practical effect to* (untuk menimbulkan dampak akibat terhadap sesuatu).”

Indikator *input* dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dilihat dari ada atau tidaknya sumber daya baik manusia maupun finansial serta sarana dan prasarana. Semua indikator input dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji sudah tersedia semuanya mulai dari Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh, Buku Catatan Cerdas Kader Asuh, adanya para kader di desa yang sudah mendapatkan pelatihan serta adanya dukungan dana bagi kesehatan ibu dan balita.

2) Indikator Proses (*Process*)

Indikator proses dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dilihat dari ada atau tidaknya kegiatan sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan selama pelaksanaan kegiatan Program Kader Asuh berlangsung. Pernyataan tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Grindle yang dikutip Agustino (2008:139) bahwa pengukuran keberhasilan suatu implementasi dapat dilihat dari prosesnya, dengan mempertanyakan apakah pelaksanaan program sesuai dengan yang telah

ditentukan yaitu melihat pada *action* program dari individual *projects* dan yang kedua apakah tujuan program tersebut tercapai.

Semua indikator proses dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji sudah berjalan sesuai dengan prosedur pelaksanaan Program Kader Asuh mulai dari adanya pertemuan Program Kader Asuh tingkat desa setiap satu bulan sekali, adanya pemetaan sasaran pendampingan kader asuh, adanya pendampingan keluarga binaan oleh kader asuh, adanya pencatatan hasil pemantauan kesehatan pada Buku Catatan Cerdas Kader Asuh serta adanya intervensi terhadap permasalahan kesehatan yang ada.

3) Indikator Keluaran (*Output*)

Indikator *output* dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dapat dilihat dari seberapa besar hasil akhir dari tujuan yang telah dicapai dengan adanya jumlah atau prosentase keberhasilan sasaran atau target Program Kader Asuh. Pernyataan tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Lester dan Stewart Jt. yang dikutip Agustino (2008:139) bahwa “implementasi merupakan suatu proses atau suatu hasil (*output*). Keberhasilan suatu implementasi kebijakan dapat diukur atau dilihat dari proses dan pencapaian tujuan hasil akhir (*output*), yaitu tercapai atau tidaknya tujuan-tujuan yang ingin diraih.”

Tidak semua indikator *output* dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji tercapai. Untuk frekuensi pertemuan Program Kader Asuh sudah tercapai dengan baik dengan adanya pertemuan yang dilakukan oleh para kader dan bidan desa secara rutin setiap satu bulan sekali setelah kegiatan Posyandu atau pada saat pertemuan bidan desa dan kader. Akan tetapi prosentase sasaran Program Kader Asuh belum mencapai 100 persen bahkan ada satu indikator yang

tidak mencapai sasaran sama sekali yaitu pada prosentase ibu hamil yang mempunyai tabulin (Tabungan Ibu Bersalin). Semua ibu hamil di wilayah Puskesmas Beji tidak mempunyai tabulin karena mereka lebih memilih menyimpan uang untuk bersalin secara mandiri daripada menitipkannya kepada kader.

4) Indikator Dampak (*Outcome*)

Dampak kebijakan tidak hanya diukur menggunakan angka saja, tetapi lebih banyak terlihat dari hal yang sifatnya tidak terukur terbentuk pasca suatu kebijakan dipilih dan diimplementasikan. Pernyataan tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Mazmanian dan Sebastiar yang dikutip Abdul Wahab (2012:135) menjelaskan makna implementasi sebagai berikut:

“Memahami apa yang senyatanya terjadi sesudah suatu program dinyatakan berlaku atau dirumuskan merupakan fokus perhatian implementasi kebijakan, yakni kejadian-kejadian dan kegiatan-kegiatan yang timbul sesudah disahkannya pedoman-pedoman kebijakan publik yang mencakup baik usaha-usaha untuk mengadministrasikannya maupun untuk menimbulkan akibat atau dampak nyata pada masyarakat atau kejadian-kejadian.”

Indikator dampak dalam pelaksanaan Program Kader Asuh dapat dilihat dari data dan keadaan di lapangan yang ditimbulkan selama Program Kader Asuh berlangsung. Berdasarkan data dari seksi KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) Puskesmas Beji, telah terdapat penurunan angka kematian ibu dan anak selama tiga tahun terakhir di wilayah Kecamatan Beji. Indikator dampak lainnya juga mengalami peningkatan seperti meningkatnya persalinan ibu hamil ke tenaga kesehatan karena sejak adanya Program Kader Asuh sudah tidak ada ibu hamil yang melakukan persalinan ke dukun.

2. Faktor Pendukung dan Penghambat Implementasi Program Kader Asuh di Puskesmas Beji Kabupaten Pasuruan

a. Faktor Pendukung

1) Internal

a) Adanya bantuan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan

Salah satu dari enam variabel yang memengaruhi kinerja implementasi menurut teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn (1975) adalah adanya sumberdaya baik yang berupa sumberdaya manusia (*human resources*) maupun sumberdaya non-manusia (*non-human resources*). Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh, Puskesmas Beji telah mendapat bantuan berupa sarana seperti Buku Petunjuk Teknis Program Kader Asuh dan Buku Catatan Cerdas Kader Asuh. Selain itu para kader di tiap-tiap desa juga telah mendapatkan pelatihan dari Seksi Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan dana yang digunakan untuk kegiatan posyandu di setiap desa.

b) Adanya minat yang tinggi dari para kader

Dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji telah membangkitkan minat yang tinggi bagi para kader karena setiap tahun jumlah kader di wilayah Puskesmas Beji semakin bertambah dari yang sebelumnya berjumlah 500 kader pada tahun 2014 dan 2015 menjadi 505 kader pada tahun 2016. Adanya minat yang baik dari para kader merupakan salah satu bentuk respon implementor terhadap kebijakan, yang akan memengaruhi kemauannya untuk melaksanakan kebijakan sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn (1975).

2) Eksternal

a) Adanya sambutan yang baik dari masyarakat

Sebagian besar masyarakat di wilayah Kecamatan Beji sangat senang dengan adanya Program Kader Asuh di desanya karena sangat membantu apabila ada masyarakat yang sedang dalam proses kehamilan maupun setelahnya. Setiap ibu hamil maupun menyusui akan mendapatkan pemantauan langsung dari kader dan penanganan kesehatan dari bidan desa apabila terdapat masalah dalam proses kehamilan sehingga resiko keguguran, kematian bayi dan kematian ibu saat melahirkan menjadi kecil. Hal tersebut tentunya akan mendapat tanggapan yang baik dari masyarakat sekitar baik yang sedang dalam pemantauan kader asuh maupun tidak. Adanya sambutan yang baik merupakan salah satu variabel yang memengaruhi kinerja implementasi kebijakan menurut teori Donald S. Van Meter dan Carl E. Van Horn (1975) yaitu pada variabel kondisi sosial, politik, dan ekonomi.

b) Adanya dukungan dari organisasi masyarakat

Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji tidak hanya melibatkan aktor dari pemerintah saja tetapi juga dari organisasi masyarakat seperti PKK, Fatayat dan Muslimat. Mereka ikut serta berpartisipasi dalam menyukseskan Program Kader Asuh dengan memberikan sosialisasi kepada masyarakat dalam pertemuan PKK, Fatayat dan Muslimat akan pentingnya Program Kader Asuh sehingga masyarakat bisa menerima adanya Program Kader Asuh. Adanya dukungan dari organisasi masyarakat artinya memberikan akses yang luas kepada kelompok-kelompok luar untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji menurut teori Daniel A.

Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983). Pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji mendapat dukungan dari organisasi masyarakat karena melibatkan masyarakat sebagai aktor utama dalam pelaksanaan Program Kader Asuh. Suatu program yang memberikan peluang luas bagi masyarakat untuk terlibat akan relatif mendapat dukungan daripada program yang tidak melibatkan masyarakat.

b. Faktor Penghambat

1) Internal

- a) Kurangnya dana dari Pemerintah Kabupaten Pasuruan yang diberikan kepada para kader

Dana merupakan salah satu sumber daya non manusia selain sarana dan prasarana yang sangat diperlukan dalam pelaksanaan semua program tidak hanya Program Kader Asuh saja. Besarnya sumber daya alokasi finansial terhadap kebijakan merupakan salah satu kelompok variabel yang memengaruhi keberhasilan implementasi menurut teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983). Dana yang dialokasikan oleh Pemerintah Kabupaten Pasuruan kepada Puskesmas Beji setiap tahun sangatlah sedikit dan kurang. Setiap kader hanya diberi 20.000 rupiah setiap bulan sehingga mengakibatkan adanya beberapa kader yang kurang aktif dalam pelaksanaan Program Kader Asuh. Meskipun keikutsertaan kader dalam pelaksanaan Program Kader Asuh secara sukarela atas keinginan mereka sendiri tetapi besarnya dana yang diterima kader juga dapat memengaruhi keaktifan kader dalam menjalankan tugasnya.

b) Tidak adanya penghargaan (*reward*) untuk kader

Salah satu faktor yang memengaruhi keberhasilan implementasi menurut teori Merilee S. Grindle dalam Subarsono (1980) adalah lingkungan implementasi yang mencakup salah satunya seberapa besar kekuasaan, kepentingan dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan. Dengan adanya Program Kader Asuh seharusnya Puskesmas Beji mempunyai strategi dalam rangka untuk memberikan semangat kerja kepada kader supaya mereka terus aktif dalam melakukan pemantauan terhadap semua keluarga binaan mereka. Salah satu strategi yang bisa dilakukan adalah dengan memberikan penghargaan (*reward*) kepada setiap kader yang paling aktif di desa. Penghargaan tidak harus dalam bentuk uang atau barang tetapi bisa berupa pujian dalam bentuk piagam penghargaan.

2) Eksternal

a) Banyaknya masyarakat pendatang dari luar Kecamatan Beji

Masyarakat pendatang yang bukan penduduk tetap di Kecamatan Beji tetap dilakukan pemantauan selama masa kehamilan oleh kader akan tetapi jika mereka kembali ke tempat tinggal asal maka kader sudah tidak bisa lagi melakukan pemantauan sehingga apabila terjadi masalah kesehatan kepada mereka maka kader sudah tidak dapat mengatasinya. Banyaknya masyarakat pendatang yang tinggal di Kecamatan Beji baik yang masih berasal dari Kabupaten Pasuruan maupun luar Kabupaten Pasuruan dengan tujuan untuk bekerja mengakibatkan proporsi kelompok sasaran Program Kader Asuh bertambah terhadap total populasi masyarakat sebenarnya. Mengacu pada teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983) yang mengemukakan bahwa

“sebuah program akan relatif sulit diimplementasikan apabila sasarannya mencakup semua populasi sebaliknya sebuah program relatif mudah diimplementasikan apabila jumlah kelompok sasarannya tidak terlalu besar,” sehingga pelaksanaan Program Kader Asuh tidak akan bisa dilaksanakan kepada masyarakat pendatang secara berkelanjutan.

b) Kurangnya sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh

Sebagian besar masyarakat yang tinggal di Kecamatan Beji baik laki-laki maupun perempuan bekerja di pabrik karena Kecamatan Beji merupakan daerah industri yang terdapat banyak pabrik. Tidak semua masyarakat di wilayah Kecamatan Beji bisa menerima adanya Program Kader Asuh karena mereka mempunyai kesibukan untuk bekerja. Masih ada masyarakat yang sedang hamil tidak membutuhkan pemantauan dari kader karena mereka sudah memeriksakan kondisi kehamilan pada bidan atau dokter di tempat mereka bekerja. Bagi ibu yang bekerja di pabrik juga tidak punya waktu mengikuti kegiatan posyandu setiap sebulan sekali untuk memeriksa kondisi berat dan tinggi badan bayi dan balita mereka. Mereka juga tidak mempunyai waktu untuk mengikuti pertemuan PKK padahal dalam pertemuan tersebut terdapat sosialisasi akan pentingnya Program Kader Asuh.

Menurut teori Daniel A. Mazmanian dan Paul A. Sabatier (1983), salah satu variabel yang memengaruhi keberhasilan implementasi adalah tingkat kemajemukan dari kelompok sasaran. Adanya perbedaan kondisi lingkungan sosial masyarakat di wilayah Kecamatan Beji yang terdiri dari pedesaan dan perindustrian mengakibatkan pelaksanaan Program Kader Asuh tidak dapat

berjalan secara menyeluruh terutama di lingkungan dengan tingkat industri tinggi karena mereka akan disibukkan dengan bekerja di pabrik sehingga tidak mempunyai waktu untuk mengikuti kegiatan posyandu dan pertemuan PKK.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Program Kader Asuh merupakan salah satu program inovasi kesehatan Kabupaten Pasuruan yang dibentuk pada tahun 2013 oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dalam rangka untuk menurunkan angka kematian ibu dan angka kematian bayi. Implementasi Program Kader Asuh dilaksanakan oleh seluruh pukesmas yang berada di wilayah Kabupaten Pasuruan salah satunya adalah Puskesmas Beji. Sasaran Program Kader Asuh sudah mencapai semua desa di wilayah Kecamatan Beji.
2. Pelaksana Program Kader Asuh terdiri dari aktor di tingkat kabupaten yaitu Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sebagai perencana dan pengawas Program Kader Asuh, tingkat kecamatan yaitu Puskesmas Beji sebagai perantara Program Kader Asuh di tingkat kabupaten dan desa serta tingkat desa yaitu bidan desa dan para kader yang turun langsung sebagai pelaksana Program Kader Asuh. Semua aktor dalam pelaksanaan Program Kader Asuh sudah menjalankan tugasnya dengan baik.
3. Koordinasi atau hubungan di antara aktor pelaksana Program Kader Asuh dilakukan melalui sosialisasi dalam bentuk musyawarah baik di tingkat kabupaten, kecamatan maupun desa. Sosialisasi di tingkat kabupaten dan kecamatan dilakukan secara formal melalui (rakor) Rapat Koordinasi setiap satu tahun sekali sedangkan sosialisasi di tingkat desa dilakukan secara informal dalam bentuk pertemuan kader dan bidan desa setiap satu

bulan sekali. Sosialisasi di antara para aktor pelaksana Program Kader Asuh sudah dijalankan dengan rutin setiap ada pertemuan rakor dan pertemuan PKK di desa.

4. Prosedur pelaksanaan Program Kader Asuh terdiri dari tiga tahap yaitu perencanaan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Tahap perencanaan merupakan tahap awal dari pelaksanaan Program Kader Asuh yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan Puskesmas Beji. Pada tahap pelaksanaan Program Kader Asuh dilakukan di Puskesmas Beji dan seluruh desa binaan Puskesmas Beji. Tahap terakhir Program Kader Asuh adalah monitoring dan evaluasi di tingkat kabupaten maupun Puskesmas. Monitoring dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan kepada Puskesmas Beji dan Puskesmas Beji kepada seluruh desa binaannya. Semua tahapan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji sudah berhasil dijalankan dengan baik.
5. Indikator keberhasilan Program Kader Asuh dapat dilihat dari empat kelompok indikator yaitu indikator masukan (*input*), indikator proses (*process*), indikator keluaran (*output*) dan indikator dampak (*outcome*). Pada indikator masukan (*input*) semua keperluan yang dibutuhkan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh sudah disiapkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan. Semua item dalam indikator proses (*process*) juga telah dijalankan oleh semua kader di masing-masing desa di wilayah Kecamatan Beji. Tetapi pada indikator keluaran (*output*), tidak semua tujuan dalam pelaksanaan Program Kader Asuh berhasil mencapai 100

persen. Pada Indikator dampak (*outcome*), semua indikator sudah menunjukkan adanya peningkatan setelah adanya Program Kader Asuh.

6. Ada dua faktor pendukung baik internal maupun eksternal dalam pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji. Faktor pendukung internal pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji yaitu adanya bantuan fasilitas yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan dan adanya niat yang tinggi dari kader di desa dengan semakin bertambahnya jumlah kader di desa. Sedangkan faktor eksternal yang mendukung pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji adalah adanya sambutan yang baik dari masyarakat desa dan adanya dukungan dari organisasi masyarakat melalui sosialisasi program-program kesehatan dalam pertemuan organisasi masyarakat.
7. Faktor penghambat internal pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji adalah kurangnya dana yang diberikan untuk kader dan tidak ada penghargaan bagi kader yang aktif sehingga berpengaruh terhadap semangat kerja kader dalam menjalankan tugasnya. Sedangkan faktor penghambat eksternal yaitu banyaknya masyarakat pendatang dari luar Kecamatan Beji untuk bekerja sehingga apabila mereka kembali ke tempat asal maka kader sudah tidak dapat lagi melakukan pemantauan kepada mereka. Selain itu kurangnya sosialisasi kepada masyarakat yang sibuk bekerja di pabrik juga menyebabkan kurangnya pengetahuan akan pentingnya Program Kader Asuh.

B. Saran

1. Bagi Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan sebagai pihak yang merencanakan dan memfasilitasi pelaksanaan Program Kader Asuh di Puskesmas Beji
 - a. Dengan sedikitnya dana yang diberikan untuk kader, diharapkan Puskesmas Beji dapat meminta dukungan atau bantuan kepada sektor swasta supaya dapat menambah jumlah dana untuk kader.
 - b. Memberikan pelatihan kepada kader di setiap desa setiap enam bulan sekali untuk menambah pengetahuan tentang kesehatan ibu hamil, bayi dan balita.
 - c. Mengadakan koordinasi antara kader di Puskesmas Beji dengan kader di puskesmas lain yang masih berada di wilayah Kabupaten Pasuruan untuk melanjutkan pemantauan kepada ibu hamil, bayi dan balita apabila mereka kembali ke tempat yang masih termasuk wilayah Kabupaten Pasuruan.
2. Bagi Puskesmas Beji
 - a. Memberikan penghargaan berupa piagam penghargaan kepada kader di setiap desa yang paling aktif supaya dapat memberikan motivasi untuk meningkatkan keaktifan dan kemampuan kader lain.
 - b. Memberikan sosialisasi kepada masyarakat pada saat sedang berobat ke Puskesmas Beji tentang pentingnya Program Kader Asuh.
 - c. Mengadakan kerja sama dengan puskesmas lain dalam rangka untuk mengatasi masyarakat yang datang atau meninggalkan Kecamatan Beji.

3. Bagi Kader dan Bidan Desa

- a. Bidan desa harus lebih aktif dalam memberikan penyuluhan tentang kesehatan kepada masyarakat yang sedang hamil sebelum mereka kembali ke tempat asalnya.
- b. Setiap kader tidak hanya harus aktif dalam melakukan pemantauan dan pencatatan terhadap keluarga binaan tetapi juga harus lebih aktif dalam melakukan penyuluhan kepada masyarakat akan pentingnya Program Kader Asuh.

4. Bagi Masyarakat

- a. Bagi masyarakat dari luar wilayah Kabupaten Pasuruan yang sedang dalam pemantauan kader di Kecamatan Beji apabila kembali ke tempat asal harus menjalankan saran yang diberikan oleh kader ataupun bidan desa.
- b. Menjalankan (PHBS) Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang merupakan bagian dari tujuan Program Kader Asuh.

DAFTAR PUSTAKA

- Achmady, Z.A. 1994. *Kebijakan Publik dan Pembangunan*. Malang: IKIP Malang.
- Agustino, Leo. 2008. *Dasar-Dasar Kebijakan Publik*. Bandung: CV Alfabeta.
- Fanggidae, Victoria. 2014. *Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4&5 di Daerah Menjelang 2015 (Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian Ibu & Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang)*. Jakarta: Prakarsa.
- Fermana, Surya. 2009. *Kebijakan Publik (Sebuah Tinjauan Filosofi)*. Yogyakarta: Ar-Ruzza Media.
- Islamy, Irfan. 2009. *Kebijakan Publik*. Jakarta: Universitas Terbuka.
- Gibson. 2007. *Prinsip-Prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Lubis, M. Solly. 2007. *Kebijakan Publik*. Bandung: Mandar Maju.
- Miles, Hubberman dan Saldana. 2014. *Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook*. United States of America: Sage Publications.
- Moelong, Lexy. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moelong, Lexy. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif: Edisi Revisi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya.
- Moenir. 1995. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Nugroho, D. Riant. 2014. *Public Police*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Nugroho, D. Riant. 2014. *Kebijakan Publik Formulasi, Implementasi dan Evaluasi*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Parsons, Wayne. 2005. *Public Policy (Pengantar Teori dan Praktik Analisis Kebijakan)*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Pasolong, Harbani. 2010. *Teori Administrasi Publik*. Bandung: Alfabeta.
- Prakarsa. 2013. *Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak: Pembelajaran dari Nepal dan Sri Lanka*. Prakarsa Research Report.

- Prakarsa. 2013. *Refleksi Upaya Pencapaian MDGs 4&5 di Daerah Menjelang 2015: Studi Kasus Kebijakan Penurunan Kematian Ibu & Anak Baru Lahir di Kabupaten Pasuruan, Takalar dan Kupang*. Prakarsa Research Report.
- Prakarsa. 2013. *Angka Kematian Ibu (AKI) Melonjak, Indonesia Mundur 15 Tahun*. Prakarsa Research Report.
- Prakarsa. 2013. *Strategi dan Program Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia*. Prakarsa Policy/Paper/Public Health/2013.
- Prakarsa. 2013. *Arah dan Strategi Kebijakan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Balita (AKABA) di Indonesia*. Prakarsa Research Report.
- Rusli, Budiman. 2013. *Kebijakan Publik (Membangun Pelayanan Publik yang Responsif)*. Bandung: Hakim Publishing.
- Sinambela, Lijan Poltak. 2006. *Reformasi Pelayanan Publik (Teori, Kebijakan dan Implementasi)*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Subarsono, 2005. *Analisis Kebijakan Publik (Konsep, Teori dan Aplikasi)*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Suharto, Edi. 2011. *Kebijakan Sosial*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. 2013. *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sunggono, Bambang. 1994. *Hukum dan Kebijaksanaan Publik*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Tachjan, 2006. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung: APII Bandung.
- O. Jones, Charles. 1991. *Pengantar Kebijakan Publik (Public Policy)*. Jakarta: CV. Rajawali.
- Wahab, Solichin Abdul. 2012. *Analisis Kebijakan: Dari Formulasi ke Penyusunan Model-Model Implementasi Kebijakan Publik*. Jakarta: PT. Bumi Aksara.
- Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Media Pressindo.
- . . *Statistik Daerah Kabupaten Pasuruan 2016*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.

- . . *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2012*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.
- . . *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2013*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.
- . . *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2014*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.
- . . *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2015*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.
- . . *Kabupaten Pasuruan dalam Angka 2016*. Pasuruan: Badan Pusat Statistik Kabupaten Pasuruan.
- . . 2013. *Petunjuk Teknis Program Kader Asuh*. Pasuruan: Dinas Kesehatan Kabupaten Pasuruan.

Peraturan Perundang-Undangan

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945

Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 Tentang Pemerintahan Daerah

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir, dan Balita (KIBBLA)

Peraturan Bupati Pasuruan Nomor 6 Tahun 2010 Tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Kesehatan Ibu, Bayi Baru Lahir dan Balita (KIBBLA) di Kabupaten Pasuruan